

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

JULIANA BALBINOT REIS GIRONDI

**A ACESSIBILIDADE AO IDOSO COM DEFICIÊNCIA FÍSICA
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

**FLORIANÓPOLIS
2011**

JULIANA BALBINOT REIS GIRONDI

**A ACESSIBILIDADE DO IDOSO COM DEFICIÊNCIA
FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof^ª. Silvia Maria Azevedo dos Santos, Dra.

**FLORIANÓPOLIS
2011**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

G527a Gironi, Juliana Balbinot Reis
Acessibilidade ao idoso com deficiência física na
atenção primária em saúde [tese] / Juliana Balbinot Reis
Gironi ; orientadora, Sílvia Maria Azevedo dos Santos. -
Florianópolis, SC, 2011.
225 p. il., tabs.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina,
Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Envelhecimento. 3. Idosos. 4. Saúde
pública. 5. Deficientes físicos. I. Santos, Sílvia Maria
Azevedo dos. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

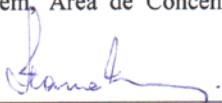
JULIANA BALBINOT REIS GIRONDI

**A ACESSIBILIDADE AO IDOSO COM DEFICIÊNCIA FÍSICA NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 11 de novembro de 2011, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**

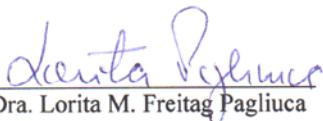


Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

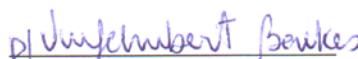
Banca Examinadora:



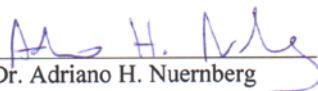
Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos
Presidente



Dra. Lorita M. Freitag Pagliuca
Membro



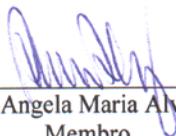
Dra. Juliana V. de Araújo Sandri
Membro



Dr. Adriano H. Nuernberg
Membro



Dra. Ivonete T. S. B. Heidemann
Membro



Dra. Angela Maria Alvarez
Membro

Deficiências

“Deficiente” é aquele que não consegue modificar sua vida, aceitando as imposições de outras pessoas ou da sociedade em que vive, sem ter consciência de que é dono do seu destino.

“Louco” é quem não procura ser feliz com o que possui.

“Cego” é aquele que não vê seu próximo morrer de frio, de fome, de miséria, e só tem olhos para seus míseros problemas e pequenas dores.

“Surdo” é aquele que não tem tempo de ouvir um desabafo de um amigo, ou o apelo de um irmão pois está sempre apressado para o trabalho e quer garantir seus tostões no fim do mês.

“Mudo” é aquele que não consegue falar o que sente e se esconde por trás da máscara da hipocrisia.

“Paralítico” é quem não consegue andar na direção daqueles que precisam de sua ajuda.

“Diabético” é quem não consegue ser doce.

“Anão” é quem não sabe deixar o amor crescer.

E finalmente a pior das deficiências é ser miserável, pois “miseráveis” são todos os que não conseguem falar com Deus.

(Mário Quintana)

GIRONDI, Juliana Balbinot Reis. **Acessibilidade ao idoso com deficiência física na atenção primária em saúde.** 2011.225 p.. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Orientador: Prof^ª. Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos

RESUMO

O crescente envelhecimento da população mundial tem provocado alterações profundas na sociedade, com grande impacto na área da saúde. Entre várias possibilidades, uma das condições que os indivíduos podem levar para a velhice ou que podem vir a se instalar nessa etapa da vida são as deficiências físicas. O problema da incapacidade e da deficiência em idosos tem relevância no âmbito da saúde pública, embora a assistência dessa população se insira marginalmente no sistema de saúde. A situação da assistência a pessoa idosa com deficiência no Brasil ainda apresenta um perfil de fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações na esfera pública e privada. Diante desse contexto surgiu a seguinte questão de pesquisa: *Como está sendo o processo de acessibilidade de idosos com deficiência física aos serviços de saúde na Atenção Primária no município de Florianópolis?* O presente estudo, de abordagem qualitativa e de caráter descritivo, teve como objetivo principal: investigar a acessibilidade de idosos com deficiência física aos serviços de saúde na Atenção Primária, no município de Florianópolis, na perspectiva destes usuários, dos profissionais de saúde e dos gestores. Ainda foram objetivos desta tese: investigar as barreiras de acesso aos serviços de saúde na Atenção Primária enfrentadas pelos idosos com deficiência física, profissionais e gestores de saúde; conhecer o significado atribuído pelos idosos com deficiência física às suas experiências de acesso aos serviços de saúde na Atenção Primária; identificar as percepções dos profissionais de saúde e dos gestores sobre a acessibilidade de idosos com deficiência física aos serviços de saúde na Atenção Primária. Participaram do estudo: dezoito (18) idosos com deficiência(as) física(s) que utilizam dois Centros de Saúde selecionados, os profissionais de Saúde destes centros e os gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Foram realizadas dezoito (18) entrevistas com os idosos por meio de roteiro semiestruturado, além da aplicação de questionários a dezessete

(17) gestores e três (03) profissionais de saúde entre junho e dezembro de 2010. Para análise dos dados, utilizou-se a hermenêutica dialética, a qual permitiu a apreensão de elementos constitutivos de dois grandes eixos temáticos: 1) Perspectivas da deficiência física no envelhecimento: vulnerabilidades em saúde; 2) Atenção à saúde do idoso com deficiência física: a busca de novos paradigmas. Conclui-se que, no âmbito da atenção à saúde do idoso, há uma fragilidade na formação acadêmica e escassez de capacitações para as equipes de Estratégia de Saúde da Família. Ressalta-se, ainda, a deficiente rede de suporte em saúde para os idosos e a vigência do modelo biomédico na Atenção Primária em saúde. Essas duas situações – ser idoso e ter uma deficiência – por si mesmas já constituem situações de vulnerabilidade. As fragilidades encontradas no atendimento dos idosos com deficiência física na Atenção Primária contrariam os princípios do Sistema Único de Saúde. Os cuidados aos idosos implicam em ofertar serviços que propiciem o acesso e o acolhimento de maneira ordenada e adequada, respeitando suas limitações. Nesse processo, a Atenção Primária à saúde deve configurar a porta de entrada desses idosos ao sistema de saúde, no qual será prestada uma assistência de qualidade e de resolutividade. Por outro lado, múltiplas são as dificuldades enfrentadas no dia a dia daqueles que vivenciam questões relativas às necessidades de cuidados para e com idosos com deficiências. Essas situações retratam que algo precisa ser mudado na estrutura dos serviços e nas políticas públicas direcionadas ao segmento.

Descritores: envelhecimento, idoso, Atenção Primária em Saúde, pessoa com deficiência.

GIRONDI, Juliana Balbinot Reis. **Accessibility for the elderly with physical disabilities in primary health.** 2011. 225p. (Doctorate in Nursing) - Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Advisor: Prof. Dr. Silvia Maria Azevedo dos Santos

ABSTRACT

The growing aging of global population has led to profound changes in society and a big impact into the health area. Among different possibilities, physical impairments are conditions that individuals can suffer during their lifetime or when they become elderly. The problem of disability and impairment from the elderly has relevance in the public health environment, although that population assistance is included marginally within the health system. The situation about care from the elderly with physical disabilities, in Brazil, still presents a profile of vulnerability, dislocation and discontinuity of actions at public and private sectors. In this context, it emerged the following research question: How is the process of accessibility for the elderly with physical disabilities to primary care health services, in the municipality of Florianópolis? The present study shows a qualitative approach with an descriptive feature whose principal aim was: to investigate elder people's accessibility, with physical disabilities, to the primary care health services, in the municipality of Florianópolis, from the elderly, health professionals and managers perspectives. Other goals from this thesis were: to investigate the barriers in order to access primary care health services faced by the elderly with physical disabilities, health professionals and managers; to know the meaning assigned by the elderly with physical disabilities about their experiences related to primary care health services accessibility; to identify the perceptions of health professionals and managers on the elderly with physical disabilities, to primary care health services accessibility. The study included 18 elderly with physical disabilities, in two selected Health Centers, health professionals from those Health Centers and managers from the Health Municipal Secretary of Florianopolis. We conducted 18 interviews with the elderly through a semi-structured guide, questionnaires for 17 managers and 3 health professionals, between June and December, 2010. It was used the hermeneutic dialectic for data analysis, which led to know the constituent elements from two major

topics: 1) Perspectives on physical disability when aging: health vulnerabilities. 2) Health care for the elderly with physical disabilities: the search for new paradigms. We concluded that, within the health care scope of the elderly, there is a weakness in the academic background and lack of training for the staff related to Family Health Strategy. Also, it is highlighted the poor network on health support to the elderly and validity for the biomedical model on primary health care. Those two situations: being elderly and having a disability constitute situations of vulnerability, by themselves. The weaknesses found in the primary health care, to the elderly with physical disabilities, contradict the Health Unified System (SUS). Elderly health care involve offering services that provide access and hosting in orderly and proper ways, according to their limits. In this process, the primary health care must configure the entrance of the elderly into the health system, where it will be provided resolution and quality health care. There are multiple difficulties faced, on daily basis, by the people who experience issues related to the need for care to the elderly with physical disabilities. Those situations depict something that needs to be changed in the structure of public policies and services directed to the segment.

Key words: aging, elderly, primary health care, handicapped person.

GIRONDI, Juliana Balbinot Reis. **Accesibilidad para las personas mayores con discapacidad física en primaria de salud.** 2011. 225 p. (Doctorado en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Asesor: Prof. Silvia Maria Azevedo dos Santos, Dr.

RESUMEN

El creciente envejecimiento de la población mundial ha provocado alteraciones profundas en la sociedad y con un gran impacto en el área de la salud. Entre las diferentes posibilidades, las deficiencias físicas son condiciones que los individuos pueden sufrir durante sus vidas y junto con la vejez o que pueden padecer ya siendo ancianos. El problema de incapacidad y deficiencia en los ancianos tiene relevancia en el ámbito de la salud pública, aunque la asistencia para esa población se incluya marginalmente en el sistema de salud. La situación para la asistencia del anciano con deficiencia física en Brasil, todavía presenta un perfil de fragilidad, desarticulación y discontinuidad de acciones en la esfera pública y privada. En ese contexto surgió el siguiente tema de investigación: *Cómo está siendo el proceso de accesibilidad de los ancianos con deficiencia física a los servicios de salud en la atención primaria, en el municipio de Florianópolis?* El presente estudio, de abordaje cualitativo y de carácter descriptivo tuvo como principal objetivo: investigar la accesibilidad de los ancianos con deficiencia física a los servicios de salud en la atención primaria, en el municipio de Florianópolis, en la perspectiva de los mismos, de los profesionales de la salud y de los gestores. También, los objetivos de esta tesis fueron: Investigar las barreras de acceso a los servicios de salud en la atención primaria enfrentadas por los ancianos con deficiencia física, profesionales y gestores de la salud; conocer el significado atribuido por los ancianos con deficiencia física en relación a sus experiencias de acceso a los servicios de salud para la atención primaria; identificar las percepciones de los profesionales de la salud y de los gestores sobre la accesibilidad de los ancianos con deficiencia física a los servicios de salud para la atención primaria. Participaron del estudio 18 ancianos con deficiencia(s) física(s) que utilizaron dos Centros de Salud seleccionados, los profesionales de la Salud de estos Centros y los gestores de la Secretaria Municipal para la Salud de Florianópolis. Se realizaron 18 entrevistas con los ancianos por medio de un cuestionario

semiestructurado, junto con la realización de preguntas a 17 gestores y 3 profesionales de la salud entre Junio y Diciembre del 2010. Para el análisis de los datos se utilizó la hermenéutica dialéctica, la cual permitió la obtención de los elementos constitutivos de dos grandes ejes temáticos: 1) Las perspectivas de la deficiencia física en el envejecimiento: vulnerabilidades en la salud; 2) La atención para la salud del anciano con deficiencia física: la búsqueda por nuevos paradigmas. Se concluye que, en el ámbito de la atención de la salud del anciano, existe una cierta fragilidad en la formación académica y escasez de capacitaciones para los equipos de Estrategia para la Salud de la Familia. Se resalta, además, la deficiente red de soporte en la salud para los ancianos y la vigencia del modelo biomédico en la atención básica para la salud. Esas dos situaciones, la de ser anciano y la de tener una deficiencia, por si solas, se constituyen en situaciones de vulnerabilidad. Las fragilidades encontradas para el cuidado del anciano con deficiencia física en la atención primaria, son contrarias a los principios del Sistema Único para la Salud. Los cuidados para los ancianos implican el ofrecimiento de servicios que propicien el acceso y el acogimiento de manera ordenada, adecuada y respetando las limitaciones de los mismos. En ese proceso, la atención primaria de la salud debe configurar la puerta de entrada de ese anciano al sistema de salud, donde será realizada una asistencia de calidad y resolución. Son múltiples las dificultades enfrentadas por aquellos que viven, diariamente, situaciones relativas a las necesidades de cuidados para y con los ancianos que padecen de deficiencias. Esas situaciones retratan que algo precisa ser cambiado en la estructura de los servicios y políticas públicas dirigidas a ese segmento.

Descriptores: envejecimiento, anciano, atención primaria de la salud, persona con deficiencia física.

LISTA DE SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AVC	Acidentes Vasculares Cerebrais
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CDD	Convenção sobre os Direitos das pessoas com Deficiências
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPEN	Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem
CEPON	Centro de Pesquisas Oncológicas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CONADE	Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiências
COORDE	Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DS	Distrito Sanitário
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GESPI	Grupo de Estudos sobre Cuidado de Saúde de Pessoas Idosas
IAP's	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICF	International Classification of Functioning Disability and Health
ICIDH	Internacional Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
MEEM	Miniexame do Estado Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PSF	Programa de Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAD	Sistema de Informação da Atenção Básica
	Secretaria Municipal de Saúde
	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos sujeitos (U)	78
Tabela 2 - Caracterização dos sujeitos (U) (continuação)	79
Tabela 3 - Caracterização dos sujeitos de pesquisa (GR).....	80
Tabela 4 - Caracterização dos sujeitos de pesquisa (GC e GL).....	80
Tabela 5 - Caracterização dos sujeitos de pesquisa (P)	81
Tabela 6 - Quadro descritivo	86

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	15
1 INTRODUÇÃO	21
2 OBJETIVOS	29
2.1 OBJETIVO GERAL	29
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
3 REFERÊNCIAS CONTEXTUAIS	31
3.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE, O SUS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	31
3.2 A PESSOA IDOSA COM DEFICIÊNCIA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	38
3.2.1 A deficiência ao longo da história	38
3.2.2 A deficiência e alguns conceitos	40
3.2.3 Breve revisão sobre legislação em saúde da pessoa com deficiência	46
3.3 A PESSOA IDOSA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	48
3.3.1 O idoso e alguns conceitos	48
3.3.2 Breve revisão sobre legislação em saúde da pessoa idosa	51
3.4 A ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A QUESTÃO DA DEFICIÊNCIA	54
3.5 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	59
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	73
4.1 TIPO DE ESTUDO	73
4.2 CENÁRIO DE PESQUISA.....	74
4.3 SELEÇÃO DOS SUJEITOS.....	75
4.4 COLETA DE DADOS	81
4.5 ANÁLISE DE DADOS	85
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	87
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	89
5.1 MANUSCRITO 1: ACESSIBILIDADE DE IDOSOS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	89
5.2 MANUSCRITO 2: PERSPECTIVAS DA DEFICIÊNCIA FÍSICA NO ENVELHECIMENTO: VULNERABILIDADES EM SAÚDE ..	113
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	131

REFERÊNCIAS	145
APÊNDICES	171
ANEXOS	197

1 INTRODUÇÃO

Seja o que for que você possa fazer, ou sonhe fazer, comece. A ousadia envolve talento, poder e magia. (Goethe).

O crescente envelhecimento da população mundial, inclusive no Brasil, tem provocado alterações profundas nas sociedades com grande impacto na área da saúde. Esse decorre principalmente da queda das taxas de fecundidade, da diminuição da mortalidade, da ampliação da expectativa de vida ao nascer, da melhoria dos serviços de saúde, do uso de novas tecnologias na área da saúde, entre outros. Por outro lado, o aumento das comorbidades, das doenças crônicas não transmissíveis e os novos arranjos familiares processam uma nova forma de envelhecer. Por isso, há que se ressaltar que essa grande heterogeneidade pode gerar vulnerabilidades e dependência dos idosos. Atreladas a isso tudo, ainda devem-se considerar as diversidades cultural, econômica e política de cada região do Brasil, o que demanda ações diferenciadas para o atendimento de diferentes necessidades (MARTINS et al., 2008; MARTINS et al., 2009).

O desafio que emerge para os profissionais da área da saúde e a população em geral é, além de viver mais, fazê-lo de forma independente, tanto quanto possível, aprendendo a lidar com as situações de fragilização, mantendo a autonomia e a dignidade com vistas a uma boa qualidade de vida.

Frente ao exposto, acredita-se que o adequado enfrentamento das demandas decorrentes do envelhecimento populacional permitirá a efetivação de um cuidado integral aos idosos, sintonizado com as práticas de promoção e prevenção de agravos à saúde. Vale lembrar que a promoção da saúde vem sendo definida como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde. Compreende a ação individual, da comunidade, além da ação e do compromisso dos governos na busca de uma vida mais saudável para todos e para cada um (BRASIL, 2002).

A promoção da saúde é um processo de instrumentalização das pessoas para melhoria de sua saúde, aumentando o seu controle sobre a mesma. Nesse aspecto, a saúde é um conceito positivo, enfatizando os recursos sociais e pessoais. Por isso, transcende o setor saúde e centra-se na procura pela equidade em saúde (WHO, 1986).

Os cuidados aos idosos implicam em ofertar serviços que propiciem o acesso e o acolhimento de maneira ordenada e adequada, respeitando as suas limitações. Neste processo, a Atenção Primária à saúde deve configurar a porta de entrada dos idosos ao sistema de saúde, onde será prestada uma assistência de qualidade e de resolutividade. Os trabalhadores destes serviços devem estar capacitados em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes para elaborar e operar ações programáticas específicas às necessidades deste grupo populacional, de maneira integrada com as demais práticas da rede de cuidado social (BRASIL, 2000).

As estratégias de promoção da saúde devem ser consideradas no sentido de oportunizar a igualdade de recursos para que os idosos com deficiência física possam ter apoio, acesso à informação, habilidades para a vida e oportunidades para fazer escolhas saudáveis. Por isso, devem ser adaptadas às necessidades locais e possibilidades de cada território, considerando-se os determinantes sociais, culturais e econômicos (WHO, 1986).

No entanto, percebe-se que, no país, o modelo assistencial ainda é fortemente marcado pela prática médica voltada para uma abordagem biologicista e intra-hospitalar. Mendes (2001) aponta para estas situações quando coloca que o modelo de assistência ao idoso em curso tem baixa resolutividade, com precariedade dos serviços ambulatoriais, escassez de serviços domiciliares, falta de instâncias intermediárias de cuidado (como hospitais-dia geriátricos, centros de convivências, entre outros), fazendo com que o primeiro atendimento ocorra em estágio avançado de doença e/ou dependência, geralmente dentro de um hospital, o que, além de aumentar os custos, diminui as chances de um prognóstico favorável.

Por isso, urge a busca incansável para potencializar as ações de cuidado aos idosos na Atenção Primária, com a complementação de outros serviços de maior complexidade quando necessários. Na lógica da Estratégia de Saúde da Família (ESF) busca-se a construção por uma adequada abordagem da pessoa idosa, uma compreensão ampliada para entender o envelhecimento enquanto um processo natural do viver humano e não um processo patológico. Frente a esta realidade, os profissionais de saúde enfrentam o desafio de traçar novos limites entre o que se pode considerar como envelhecimento normal, com suas limitações fisiológicas, e as características patológicas que podem instalar-se durante esse processo (SILVESTRE et al., 2003).

Entre várias possibilidades, uma das condições que os indivíduos podem levar para velhice ou que podem vir a se instalar nos idosos são

as deficiências físicas. No Brasil, considera-se pessoa com deficiência física aquela que apresenta alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, estomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (BRASIL, 2004).

O dimensionamento da problemática da deficiência no Brasil, tanto em termos quantitativos, quanto qualitativos, é muito difícil em razão dos poucos dados e informações disponíveis de abrangência nacional. Dessa forma, não se conhece claramente a realidade do país nesta área. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 10% da população de qualquer país em tempo de paz é portadora de algum tipo de deficiência. Com base nesse percentual, estima-se que no Brasil existam 16 milhões de pessoas portadoras de deficiência (BRASIL, 2006).

O problema da incapacidade e da deficiência em idosos tem relevância no âmbito da saúde pública, embora a assistência a essa população se insira marginalmente no sistema de saúde. A situação da assistência à pessoa idosa com deficiência no Brasil ainda apresenta um perfil de fragilidade, de desarticulação e de descontinuidade de ações na esfera pública e privada. No âmbito assistencial, a maioria dos programas é bastante centralizada e atende a um número reduzido de pessoas, além de não contemplar experiências comunitárias e de seus resultados raramente serem avaliados (BRASIL, 1995).

O conceito de deficiência é diversificado e multifatorial. O que é ser incapaz? O que se entende por deficiência? Como esses conceitos interferem no cotidiano dos idosos, de seus familiares e dos profissionais de saúde? Ao longo da história, houve uma supervalorização da incapacidade das pessoas. Nas últimas décadas, o Brasil vem tentando minimizar a segregação e o preconceito por meio de diferentes expressões como *excepcionais*, *portadores de deficiência*, *portadores de necessidades especiais* e, mais recentemente, *pessoa com deficiência*. Porém, essa conceituação continua marcada por concepções e práticas do passado que enfatizam a incapacidade e a anormalidade. Especificamente na área da saúde, os profissionais, ao buscarem conhecimentos sobre o tipo e o grau da deficiência, obtêm diferentes classificações em relação a elas, tais como: mental, visual, auditiva, motora e múltipla. Dessa forma, as classificações limitam-se aos

aspectos orgânicos e funcionais da deficiência, desconsiderando os fatores psicológico, cultural e socioeconômico no qual os idosos estão inseridos.

Percebe-se, nos tempos atuais, que há uma mobilização mundial para o reconhecimento e a valorização das potencialidades do indivíduo com deficiência, inclusive por meio de leis que lhes garantam educação, trabalho, saúde e lazer. Além de movimentos sociais que lutam para a promoção da vida independente dessas pessoas, sua inserção no mercado de trabalho, equiparação de oportunidades e inclusão social. Nesse contexto, as ações de saúde para idosos com deficiência exigem novos enfoques como a interdisciplinaridade, que possibilita a troca de idéias com diferentes profissionais e, inclusive, com o próprio idoso, aumentando as chances de se resolver os problemas ou de pelo menos minimizá-los.

Ao almejar a equiparação de oportunidades, que a sociedade se adapte e se torne acessível às pessoas com deficiência, a Enfermagem tem de assessorar a família, as instituições e a comunidade, no sentido de evitar a segregação. Pode-se ainda, trabalhar as expectativas da família, favorecendo o desenvolvimento social, físico, psicológico e educacional dessa clientela. Apesar de o modelo de atendimento ao idoso com deficiência preconizar a interdisciplinaridade, na prática ainda não foi estabelecido plenamente. Além disso, esse modelo normalmente não é discutido na academia ou valorizado pelas políticas de saúde e, conseqüentemente, os profissionais de saúde encontram muitas dificuldades em implementá-lo.

Múltiplas são as dificuldades enfrentadas no dia a dia daqueles que vivenciam questões relativas às necessidades de cuidados para e com idosos com deficiências. Essas situações retratam que algo precisa ser mudado na estrutura dos serviços e políticas públicas direcionadas ao segmento. Frequentemente, pessoas com algum tipo de deficiência trilharam caminhos repletos de barreiras aparentemente intransponíveis, nos quais enfrentam tentativas frustradas de acesso aos avanços tecnológicos e científicos voltados para a melhoria de suas condições de vida e saúde.

A população com deficiência no Brasil tem crescido em decorrência do aumento da expectativa de vida e da violência urbana, alterando o seu perfil, que anteriormente caracterizava-se por deficiências geradas por doenças (RESENDE, 2008). Ao se observar a questão do envelhecimento populacional, deve-se relacioná-la à nova demanda por recursos, especialmente no que tange à questão da saúde e, por conseguinte, ao acesso aos serviços de saúde.

Para adentrar no universo que se pretende pesquisar e para facilitar o entendimento acerca das questões que incitaram o estudo sobre esta temática, faz-se necessário um resgate da trajetória profissional dessa pesquisadora na Enfermagem.

Ainda acadêmica, durante o curso de graduação, desenvolveu como monografia de conclusão de curso o trabalho *Cuidado de Enfermagem hospitalar e/ou domiciliar ao cliente com câncer avançado*. Após esse período, em meados de 2002, ingressou no Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, onde defendeu a dissertação *A vivência da enfermeira enquanto cuidadora de um familiar com diagnóstico de câncer*, na qual buscou proporcionar a enfermeiros momentos para refletir sobre o viver com o câncer em sua família, tendo em vista o impacto dessa vivência em sua atuação profissional.

Após um período de cerca de cinco anos trabalhando diretamente na área de Enfermagem Oncológica surgiu um novo desafio: atuar no Programa de Saúde da Família (PSF), no município de Florianópolis, no qual ingressou em 2004. A partir de 2005, passou a trabalhar em uma Regional de Saúde do Município – a continental - onde desempenha, até os dias atuais, a função de Assessora de Vigilância Epidemiológica em Saúde, sendo uma das responsáveis por gerenciar onze centros de saúde, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) e o laboratório municipal. Nesse momento, assumiu a posição de gestora no sistema de saúde municipal, em que pode vislumbrar melhor as fortalezas e fragilidades do sistema público de saúde, no que se refere à Atenção Primária.

Ainda no ano de 2005, foi convidada a representar o município de Florianópolis no Encontro Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência, no qual o Ministério da Saúde reuniu representantes estaduais e municipais de todo o Brasil para discutir essa problemática, bem como a implantação da Política Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência. Por conseguinte, foram realizados novos encontros locais, em vários estados brasileiros, dos quais ela sempre teve a satisfação de poder participar. A partir daí, ela despertou para a necessidade de compreender a singularidade do universo do cuidar da pessoa com deficiência.

Concomitantemente, essa pesquisadora passou a trabalhar na construção de um Programa de Saúde do Idoso para o município de Florianópolis. Neste momento, começou a frequentar os encontros do Grupo de Estudos sobre Cuidado de Saúde de Pessoas Idosas

(GESPI/UFSC) e a conhecer mais de perto as demandas dos idosos, bem como a intensificar e aprimorar os estudos nesta área de conhecimento. Da triangulação entre as situações encontradas no cotidiano da atenção primária à saúde do idoso com as situações vivenciadas na academia, através dos encontros no GESPI e da construção de uma política pública voltada para a saúde do idoso, surgiram novas inquietações. Agora, no sentido de compreender como se dá o processo de acessibilidade destes idosos ao sistema de saúde na Atenção Primária do município quando eles possuem alguma deficiência, mais especificamente, a deficiência física.

Embora compreenda o desafio dessa proposta, ela acredita ser possível desvelar estes caminhos e expor uma nova percepção de cuidado para com o idoso com deficiência, de forma a garantir a sua inclusão, sua cidadania e a integralidade das ações de saúde e cuidado.

É possível afirmar que, de um modo geral, a Enfermagem está timidamente inserida neste contexto, ainda que se reconheça que exista pouca experiência nesta área de estudo. Neste sentido, há a necessidade de ampliar o conhecimento teórico-metodológico nesta temática. Espera-se que essa pesquisa contribua para que o enfermeiro e os demais profissionais da equipe de saúde possam cuidar de cada idoso com deficiência em suas necessidades e especificidades.

O reconhecimento da atenção à saúde da pessoa idosa com deficiência física no sistema de saúde é o objeto da presente proposta, tomando-se como universo de estudo seu desenvolvimento em Florianópolis. Considera-se que a implementação de serviços de atenção a esse segmento da população depende do delineamento de políticas públicas que reflitam diferentes concepções de cidadania e inclusão.

Na esfera municipal, não há registros de estudos e pesquisas oficiais voltados para esta área. Ao não se conhecer quem são essas pessoas, onde vivem, suas demandas e anseios, cria-se a impossibilidade de desenvolver ações de saúde em sua totalidade voltadas a esta população.

Assim emerge a pergunta de pesquisa do presente estudo: Como está sendo o processo de acessibilidade de idosos com deficiência física aos serviços de saúde na Atenção Primária no município de Florianópolis?

A tese que fundamenta esse questionamento é: A acessibilidade de idosos com deficiência física aos serviços de saúde na Atenção Primária, de forma integral, equânime e embasada na prevenção, promoção e proteção, melhora o estado de saúde e qualidade de vida dos idosos, diminuindo seu perfil de fragilidade e vulnerabilidade.

A apresentação do trabalho seguiu o formato da Instrução Normativa do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, de 15 de junho de 2011. Logo, os resultados da tese foram apresentados na forma de três manuscritos/artigos, sendo que um destes artigos apresentou os resultados da pesquisa bibliográfica, configurado como revisão integrativa da literatura.

A revisão integrativa da literatura objetivou conhecer estudos sobre acessibilidade de idosos com deficiência física aos serviços de atenção básica à saúde no período de 1998 a 2008. Pesquisou-se em: bases de dados, documentos virtuais nos acervos da Biblioteca do Ministério da Saúde (Brasil), nos catálogos do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEN) da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); Consulta (via correio eletrônico) a *experts* na área.

O segundo manuscrito construído foi intitulado *Acessibilidade de idosos com deficiência física na atenção primária* em que foi investigada a acessibilidade de idosos com deficiência física aos serviços de saúde na Atenção Primária na perspectiva destes usuários, na dos profissionais de saúde e na dos gestores.

Por fim, o terceiro manuscrito, intitulado *Perspectivas da deficiência física no envelhecimento*, teve como objetivo investigar a percepção de idosos, gestores e profissionais de saúde sobre as perspectivas da deficiência física no envelhecimento.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a acessibilidade aos idosos com deficiência física aos serviços de saúde na Atenção Primária, no município de Florianópolis, na perspectiva destes, dos profissionais de saúde e dos gestores.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar as barreiras de acesso aos serviços de saúde na atenção primária enfrentadas pelos idosos com deficiência física, sob a perspectiva destes, dos profissionais e dos gestores de saúde.
- Conhecer os significados, atribuído pelos idosos com deficiência física, às suas experiências de acesso aos serviços de saúde na atenção primária.
- Identificar as percepções dos profissionais de saúde e dos gestores sobre a acessibilidade aos idosos com deficiência física aos serviços de saúde na Atenção Primária.

3 REFERÊNCIAS CONTEXTUAIS

*Você olha o que existe e se pergunta por quê?
Eu imagino o que ainda não existe e me pergunto
por que não?
(G. B. Shaw)*

Falar sobre o contexto da pessoa com deficiência no Sistema de Saúde do Brasil com vistas “a uma revisão inicial da literatura” consiste em tarefa de complexa execução, uma vez que este tema tem sido alvo de estudos dos diversos setores da sociedade brasileira.

Para esse estudo, realizou-se uma revisão integrativa, seguindo um protocolo de pesquisa (APÊNDICE A) que teve como objetivo vislumbrar o conjunto de informações disponibilizadas acerca de estudos sobre a vivência das pessoas idosas com deficiências físicas, no que diz respeito à sua acessibilidade aos serviços de atenção primária à saúde. Portanto fez-se uma busca de material que abordasse as Políticas Públicas de Saúde, com foco no Sistema Único de Saúde (SUS), no princípio de Acessibilidade, na associação entre a pessoa com deficiência física e o envelhecimento populacional, já que esses tópicos possuem uma interface com o objeto dessa pesquisa.

Assim, nesse capítulo primeiro se discorre sobre o histórico das Políticas Públicas de Saúde, a Atenção Primária à Saúde e o SUS. Posteriormente, faz-se algumas reflexões sobre a questão da Deficiência, da Acessibilidade e, finalmente, elabora-se uma interface desta temática com a questão do envelhecimento populacional e o modo pelo qual o idoso com deficiência física se insere neste contexto.

Os constructos e as reflexões geradas durante a elaboração desse capítulo culminaram num manuscrito intitulado: *O cuidado de si no contexto da pessoa com deficiência*, o qual foi publicado na Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (REUFMSM), em 2011 (Anexo A).

3.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE, O SUS E A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Para fundamentar teoricamente esse capítulo, fez-se necessário

entender alguns conceitos nucleares, bem como a trajetória das políticas públicas de saúde e os principais fatos históricos da saúde no Brasil. Sendo assim, brevemente discutir-se-á sobre: Políticas Públicas de Saúde no Brasil, Sistema Único de Saúde (SUS) e Atenção Primária à Saúde, sendo, este último, o cenário no qual se desenvolveu o presente estudo.

As políticas de saúde, ao longo da história, vêm se destacando dentre as demais políticas públicas do país. Entre o século XIX e XX, o Brasil foi acometido por uma crise sanitária em virtude da sucessão de epidemias e endemias (malária, varíola, febre amarela, tuberculose, febre tifóide) que afetou a população e as exportações. Por isso, o governo realizou a primeira grande iniciativa de saúde pública: as campanhas contra a peste e a febre amarela, com a intervenção do médico Oswaldo Cruz (LIMA et al., 2005).

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, uma estrutura centralizada em programas e serviços verticalizados para programar campanhas e ações sanitárias. Na época, as discussões no campo de saúde pública interligavam a associação entre saúde, doença, problemas de desenvolvimento do país e a existência da pobreza. Neste período histórico, quem necessitava de assistência em saúde era obrigado a comprar os serviços profissionais e àqueles que não dispunham de recursos restava a medicina popular, as Santas Casas e os hospitais militares.

Historicamente, várias iniciativas induziram ao estabelecimento da assistência médica previdenciária, dentre elas destacam-se: a criação das CAPs (Caixas de Aposentadoria e Pensões), a partir de 1923; a implantação dos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), a partir de 1933; a aprovação da Lei Orgânica da Previdência, em 1960; a unificação dos IAPs através da criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), em 1966 (ANDRADE; PONTES; MARTINS JUNIOR, 2000).

Assim, até o final da década de 60, os serviços hospitalares apresentavam elevada complexidade, grande importação de medicamentos e equipamentos, crescente formação profissional de médicos e outras categorias profissionais da saúde. A lógica da organização dos serviços de saúde no Brasil era pautada em um modelo que enaltecia a prática médica, hospitalocêntrica (HUBNER; FRANCO, 2007). É nesta década, durante o período da ditadura militar, que cresce o descontentamento da população e de setores da sociedade, principalmente no que tange à saúde.

Também nesse período, a discussão sobre a reformulação das

políticas de saúde teve grande espaço. Surge um movimento por um novo sistema de saúde no país, o qual se chamou Reforma Sanitária Brasileira (CUTULO, 2006).

A criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), em 1974, foi um marco divisor entre a medicina preventiva e a assistência médico-hospitalar e ambulatorial dos pobres (sem carteira de trabalho), pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (SCOREL, 1995).

Os anos 80, no Brasil, foram marcados por crise política, social e econômica. A previdência enfrentava uma série de problemas, o povo brasileiro estava insatisfeito, e o movimento sanitário ganhou forças (RONCALLI, 2003). Aos poucos, sucessivas mudanças geraram a universalização do atendimento, o que significou uma transição para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em março de 1986, em Brasília, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual se propôs um novo Sistema Nacional de Saúde. A partir de então, a saúde foi entendida em um sentido mais abrangente, resultado das condições básicas de vida, da liberdade de expressão e da garantia de acesso aos serviços de saúde. Cabe ressaltar que este é o primeiro momento histórico no país em que questões relacionadas à saúde coletiva, à prevenção de doenças e promoção à saúde começam a ser discutidas. Neste cenário, no entanto, nem os idosos, nem a pessoa com deficiência encontrou espaço.

A Constituição de 1988 incorporou muitas propostas de melhorias sugeridas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, como as mudanças no papel do Estado: houve um direcionamento da participação social na formulação de políticas públicas. Neste momento surge o Sistema Único de Saúde (SUS), no qual vem se alterando a situação de desigualdade na assistência a saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público e gratuito a qualquer cidadão. O Estado assegura o direito à saúde a todos os brasileiros e estrangeiros residentes no Brasil, sendo que esse direito é garantido pelo Poder Público por meio de políticas voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2003).

Para a efetiva implantação do SUS, foi necessário criar uma legislação própria que organizasse detalhadamente todos os serviços do sistema, a qual foi denominada de Leis Orgânicas da Saúde, aprovada no ano de 1990, constituindo-se pelas Leis nº. 8.080 e 8.142 que discorrem sobre todas as ações dos serviços de saúde (ANDRADE; SOARES; CORDONI JR, 2001).

O SUS segue a mesma doutrina e os mesmos princípios

organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. São princípios do SUS: a Universalidade, a Equidade e a Integralidade (BRASIL, 2001).

O princípio da *Universalidade* consiste em assegurar que todas as pessoas tenham direito ao atendimento à saúde, já que esta é um direito de todo cidadão e dever do governo.

A *Equidade*, por sua vez, garante que todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme as suas necessidades. Isso é importante, pois os serviços de saúde devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferenciada, possuem problemas específicos, diferentes formas de viver e de satisfazer suas necessidades. Dessa forma, os serviços de saúde poderão auxiliar na diminuição das desigualdades existentes no país.

Ao passo que a *Integralidade* consiste em um conjunto de ações de saúde que devem ser articuladas e voltadas para prevenção de doenças e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar na perspectiva de atender o indivíduo como um ser integral, holístico, o qual está submetido às mais diferentes situações de vida. O foco do atendimento deve ser voltado para a saúde das pessoas e não somente para as suas doenças. Dessa forma, será possível desenvolver ações integradas para promoção, prevenção de doenças e recuperação da saúde.

São princípios organizacionais do SUS: Regionalização e Hierarquização, Resolutividade, Descentralização, Participação Popular, Complementaridade do setor privado (BRASIL, 2001).

Por *Regionalização* e *Hierarquização* compreende-se que a rede de serviços do SUS deve ser organizada de forma a permitir um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área adscrita, favorecendo ações de vigilância e educação em saúde, além de ações de atenção ambulatorial e hospitalar nos mais diversos níveis de complexidade do sistema. O acesso da população à rede de saúde deve acontecer através dos serviços de nível primário de atenção, que são os Centros de Saúde. Os usuários que não tiverem aí seus problemas resolvidos deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade (secundário ou terciário).

A *Resolutividade* consiste em que o serviço de saúde esteja capacitado o suficiente para resolver um problema de saúde individual e/ou coletivo, de acordo com sua complexidade de atuação.

A *Descentralização* é entendida como uma redistribuição das responsabilidades às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo.

Já por *Controle Social* entende-se a garantia de que a população, através de seus representantes, participa do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em cada esfera do governo. Essa participação é efetivada, na prática, através dos Conselhos de Saúde.

E a *Complementaridade do Setor Privativo* ocorre quando há a contratação de serviços privados para a execução de determinados serviços, quando o público não possui estrutura e/ou condição para tal (ANDRADE, 2001).

Apesar de o SUS ser regido pelos mesmos princípios e diretrizes, a forma de organização do sistema de atenção à saúde no território brasileiro é diferenciado. Assim, essas diferentes lógicas de organização dos serviços de saúde podem ser orientadas segundo alguns critérios: a) tipos de serviços envolvidos (ambulatoriais, hospitalares, domiciliares, urgência e emergência); b) níveis de complexidade de atenção (atenção básica, média e alta complexidade); c) direção das ações desenvolvidas (agravos, grupos populacionais e áreas específicas da atenção à saúde); d) modelos de prestação de cuidados à saúde (Estratégia de Saúde da Família). Estes critérios, associados às desigualdades sociais e regionais no país, podem levar às situações de iniquidades.

É importante uma reflexão sobre esta questão da iniquidade, principalmente quando se pretende estudar sobre o idoso com deficiência física. Essas duas situações – ser idoso e ter uma deficiência – por si só já constituem situações de vulnerabilidade. Os recursos públicos geralmente são pouco disponibilizados à população idosa, especialmente de baixa renda. Já os idosos com melhores condições econômicas podem lançar mão do sistema privado de saúde, como ressaltado por Turra e Queiroz (2005). Essa condição – ser idoso com uma, ou mais, deficiência física - torna-se ainda mais preocupante quando atinge os idosos mais idosos, ou seja, aqueles com oitenta anos ou mais.

Chaimowicz (2006) aponta que os países desenvolvidos enfrentam as epidemias de demências e de fraturas de fêmur. Ele ressalta ainda que o aumento de doenças crônico-degenerativas e suas sequelas ampliam o desafio de cuidar desses idosos, por conta da questão da dependência funcional. Neste contexto, um sistema público de saúde alicerçado por adequadas políticas públicas é essencial para garantir a saúde dos idosos com deficiência. Essas ações devem ser implementadas como forma de reduzir as desigualdades e/ou iniquidades.

Longino et al (2000) coloca que os estudos têm indicado a importância de que os serviços foquem na prevenção e tratamento das

doenças crônicas que afetam as pessoas idosas. Isso exigirá a transformação do paradigma hegemônico da medicina para um modelo socioambiental que considere as doenças a partir de uma perspectiva mais abrangente, analisando vários outros processos envolvidos no perfil de saúde das pessoas idosas.

Toda política pública de saúde acontece na prática, através de uma agenda de compromissos em que metas são estabelecidas e pactuadas, de acordo com a responsabilidade governamental de cada esfera de atuação. No entanto, é essencial o contínuo monitoramento e avaliação dessas políticas por seus atores sociais. Esses atores compreendem os representantes da comunidade, dos profissionais de saúde e dos gestores do sistema de saúde. A proximidade dos atores sociais com as demandas da comunidade deve acontecer preferencialmente na porta de entrada do sistema público de saúde, ou seja, na atenção primária. Como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi definida pelo Ministério da Saúde como estratégia para organização da Atenção Primária (Portaria nº 648, de 28 de Março de 2006), é neste cenário que se pode verificar e discutir sobre a real aplicabilidade e utilidade de uma dada política pública de saúde.

Bárbara Starfield, uma investigadora na área de cuidados primários à saúde, evidencia os princípios básicos da Atenção Primária. Esses princípios direcionam a APS enquanto porta de entrada para o serviço de saúde, momento onde há o primeiro contato do profissional com o usuário. Nesse sistema de cuidados, destaca a questão da longitudinalidade, onde ocorre a continuidade dos cuidados e estabelece-se o vínculo com o profissional de saúde. Por conseguinte há a integralidade, onde a APS assume a responsabilidade por todos os problemas de saúde do usuário, organizando e coordenando o cuidado (STARFIELD, 2002).

Logo, a Atenção Primária em Saúde tem como um dos seus fundamentos *possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade*, reafirmando os princípios básicos do SUS, mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2006a). Para dar conta destas demandas, enquanto sistema, a atenção primária à saúde é composta por cinco elementos fundamentais: Equipes Básicas, Equipes de Apoio Matricial, Serviço de Apoio ao Diagnóstico e Tratamento, Sistema de Referência e Contrarreferência e Sistema de Educação Permanente.

É neste sistema de cuidado que os idosos com deficiência física estão inseridos, mesmo que marginalmente. Como uma das premissas da Atenção Primária é possibilitar o acesso dessas pessoas ao sistema de

saúde, deve-se pensar que para os idosos com deficiência essa acessibilidade é um processo. E tal processo deve oportunizar que essas pessoas participem da vida em sociedade, que sejam independentes, bem como que possam ter garantido o princípio de igualdade, principalmente nas questões relativas à sua vida e saúde. A independência das pessoas idosas com deficiência está atrelada à liberdade de fazer suas escolhas ou de serem auxiliadas para tal. Consiste em que os idosos participem das decisões que possam interferir direta ou indiretamente em suas vidas, e não sejam meros receptores de cuidados.

A Atenção Primária em Saúde deve ser este cenário de vivências, experiências, construções e ressignificações. Deve ser um valoroso espaço em que a acessibilidade para o idoso com deficiência signifique estar em interação com o mundo em que ele vive, mesmo que isso implique, para os profissionais de saúde, em formas, diferentes do habitual, de interação, como, por exemplo: andar por meio de cadeira de rodas, expressar-se através de leitura labial, dentre outras.

Frente ao até aqui exposto, ficam alguns questionamentos: Os profissionais de saúde atuantes na atenção primária do município de Florianópolis estão suficientemente instrumentalizados para atender as demandas da população que assistem? Eles possuem ferramentas teórico-metodológicas, materiais e equipamentos, espaço de discussão para desenvolver o cuidado ao idoso com deficiência física, ancorados nos princípios e diretrizes do SUS?

Camacho (2002) aponta que a formação dos profissionais na área de saúde do idoso se depara com vários obstáculos que comprometem a qualidade da assistência prestada. A escassez de conhecimentos dos profissionais nesta área, a escassez de conteúdo gerontogeriatrico nos currículos, a falta de campos específicos para a prática, além da inexperiência do corpo docente são alguns destes obstáculos.

Outro ponto relevante para o cumprimento dos princípios do SUS no tocante à atenção ao idoso portador de deficiência física é identificar como, em Florianópolis, as Políticas Públicas de Saúde ao Idoso estão sendo efetivadas. Também é importante verificar de que forma os profissionais têm atuado em ambientes multigeracionais, em parceria com a família e outros equipamentos sociais no qual os idosos estão inseridos. Ou será que estes idosos são vistos como um fardo social e econômico?

A pesquisadora acredita que estes questionamentos foram respondidos, de certa forma, pelos sujeitos receptores desses cuidados, quais sejam: os idosos com deficiência física que são atendidos na rede primária de saúde, no município de Florianópolis, e ainda pelos gestores

e profissionais de saúde.

3.2 A PESSOA IDOSA COM DEFICIÊNCIA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

3.2.1 A deficiência ao longo da história

Para se aproximar do contexto da deficiência, torna-se necessário rever um pouco da história para que se compreenda a forma de vida de uma dada sociedade, na qual o indivíduo com deficiência está inserido.

Na Antiguidade clássica, a deficiência inexistia enquanto problema. Vale lembrar que, desse momento histórico não há, na literatura, muitas referências. No entanto, sabe-se que em Esparta as crianças portadoras de deficiência eram consideradas sub-humanas, o que legitimava sua eliminação ou abandono (PESSOTI, 1984).

Na Europa, durante a Idade Média, em virtude da difusão do Cristianismo, as ideias e valores giravam em torno da teologia, sendo as estruturas sociais definidas por leis divinas sob o domínio da Igreja Católica. A Inquisição Religiosa sacrificava hereges, loucos, adivinhos, alucinados, deficientes e mulheres, alegando que esses eram possuídos pelo demônio (ALVES et al., 1997).

Gradativamente, os cuidados ao deficiente passaram a ser assumidos pela família e pela Igreja, embora não haja qualquer evidência de esforços específicos e organizados de lhes prover acolhimento, proteção, treinamento ou tratamento. Dois momentos importantes neste período histórico foram representados pela Inquisição Católica e pela Reforma Protestante. Nesses, a concepção de deficiência variou em função das noções teológicas de pecado e de expiação (PESSOTTI, 1984). Caracterizada como fenômeno metafísico e espiritual, a deficiência foi atribuída ora a desígnios divinos, ora à possessão pelo demônio. Por uma razão ou por outra, a atitude principal da sociedade com relação ao deficiente era de intolerância e de punição, representada por ações de aprisionamento, tortura, açoites e outros castigos severos (ARANHA, 1995).

Com o início da Revolução Burguesa, no final do século XV, há uma revolução de ideias. Delineia-se uma característica humanista nesse período, em que há uma busca pela valorização do homem e da humanidade, associada ao naturalismo. Também há uma mudança no

sistema de produção, com a derrubada das monarquias, a queda da hegemonia da Igreja Católica e uma nova forma de produção, representada pelo capitalismo mercantil. Inicia-se o processo de formação dos Estados Modernos, caracterizados por uma nova divisão social do trabalho.

Neste contexto, os deficientes começam a ser vistos como indivíduos não produtivos, que oneram a sociedade no que se refere ao seu sustento e manutenção (ARANHA, 1995). Logo, o deficiente não mais é abandonado, no entanto, é segregado da sociedade.

Com o avanço da Medicina, a demência e a deficiência deixam de ser vistas como problemas teológicos ou morais e passam a ser vistas como problema médico. Começam a surgir os primeiros hospitais psiquiátricos como locais para confinar, mais do que para tratar, os pacientes que fossem considerados doentes, que estivessem incomodando a sociedade, ou ambos. Na eventualidade de tratamento, esse se constituía do uso da alquimia e da magia (PESSOTI, 1984).

Na Idade Moderna, há uma franca expansão da industrialização e do capitalismo de produção. Há o surgimento do método científico, onde se valoriza a observação, a testagem, as hipóteses e o método experimental (ALVES et al., 1997). Estuda-se a deficiência enquanto fenômeno, especialmente nas áreas médica e educacional, encaminhando uma grande diversidade de atitudes: desde a institucionalização em conventos e hospícios até o ensino especial. Surgem, nessa época, também, formas de se classificar a deficiência, sob o foco do modelo biomédico, na perspectiva de patologia, doença, medicação e tratamento.

No século XIX, o modo de produção capitalista continua a se fortalecer mantendo o sistema de valores e de normas sociais. A atitude de responsabilidade pública pelas necessidades do deficiente começa a se desenvolver, embora existissem resistências.

Na Idade Contemporânea, surge a abordagem filosófica do homem como sendo o centro da sociedade. As atitudes para com os portadores de deficiência lentamente vão sendo modificadas por posturas de construção de um modelo socioconstrutivista. São fortalecidas ideias de uma nova ética baseada na visão de substituição da caridade e da assistência pela integração (BARRACHO, 1999).

Nesse contexto, é pertinente compreender o aparecimento, nos últimos anos, de grupos de pessoas com deficiências, os quais estimulam a formação de bioidentidades sociais construídas a partir de uma doença determinada. Como consequência, o conceito de deficiência releva o de doença, referindo-se a déficits a serem compensados

socialmente e não a doenças a serem tratadas. O objetivo de incorporar o maior número de pessoas está na base da biopolítica, cujos grupos se distinguem precisamente pelas deficiências a serem compensadas – da pessoa com deficiência frente ao indivíduo fisicamente normal. A política se dissolve em políticas particulares que aspiram compensar as deficiências de um grupo biopolítico determinado, em que uma das consequências é o esquecimento de ideais sociais mais abrangentes (ORTEGA, 2004).

3.2.2 A deficiência e alguns conceitos

Estudos apontam que o termo *deficiência* é controverso e apresenta as mais variadas abordagens, de acordo com o modelo adotado, o que impõe debate entre os pesquisadores.

Historicamente, o modelo social de deficiência, corrente político-teórica iniciada no Reino Unido nos anos 60, provocou uma reviravolta nos modelos tradicionais de compreensão da deficiência ao retirar do indivíduo a origem da desigualdade e devolvê-la ao social. Com o envelhecimento crescente da população, o principal grupo de deficientes concentra-se entre os idosos.

Constata-se que, até o final da década de 60, ao se abordar a questão da pessoa com deficiência, havia um predomínio de um modelo de atenção essencialmente médico, no qual apenas as condições agudas eram contempladas. Esse modelo tornou-se insuficiente porque não considerava as doenças crônicas. Somente a partir de 1970 é que foram estabelecidas diferenciações entre os conceitos de patologia, deficiência, limitações e incapacidade. Assim, até os anos 80, era comum designar as pessoas com deficiência como defeituosas, inválidas, aleijadas, dentre outras denominações. Após esse período, elas passam a ser denominadas como ‘pessoas deficientes’, aos poucos passando para ‘pessoas portadoras de deficiência’ e, a partir dos anos 90, ‘pessoas com deficiência’, a qual se mantém até os dias atuais.

O sociólogo Saad Nagi (1976) foi o primeiro a tentar descrever o processo de incapacitação e a realizar uma distinção conceitual entre patologia, deficiência, limitação funcional e incapacidade. O modelo proposto por ele divide o processo de incapacidade em quatro estágios.

O primeiro estágio, a patologia, caracteriza-se pela presença de uma condição que interrompe o processo físico ou mental do corpo humano. Esse estágio leva a um segundo, a deficiência, que pode ser

definida como alterações da estrutura ou das funções anatômicas, fisiológicas ou psicológicas. O terceiro estágio, as limitações funcionais, resulta das deficiências e consiste em uma inabilidade pessoal de desempenhar as tarefas e as atividades consideradas como usuais para aquele indivíduo. O último estágio, a incapacidade, caracteriza-se pela discordância entre o desempenho real de um indivíduo em um papel específico e as expectativas da comunidade do que é normal para ele. Ou seja, refere-se à inabilidade para realizar as tarefas que são socialmente esperadas. Nesta perspectiva, o conceito de incapacidade é construído socialmente.

Adicionalmente, o mesmo autor incorporou a seu modelo mais dois conceitos centrais: a incapacidade no desempenho em nível individual e a capacidade no desempenho de papéis sociais. De acordo com ele, três dimensões do desempenho são conceitual e analiticamente separáveis: a física, a mental e a emocional.

O desempenho físico se refere à função sensório-motora do organismo, indicado por limitações em atividades como andar, subir, ajoelhar, alcançar, ouvir etc. O desempenho emocional se refere à efetividade psicológica de uma pessoa em lidar com o estresse da vida e poder se manifestar por meio da ansiedade e de uma variedade de sintomas psicológicos. O desempenho mental denota uma variedade de capacidades intelectuais e racionais dos indivíduos.

Nesse contexto, a incapacidade significa a inabilidade ou a limitação no desempenho de papéis sociais e de atividades relacionadas ao trabalho, à família e à vida independente. Os indicadores de incapacidade podem ser encontrados nas características individuais e nos requisitos dos papéis sociais em questão. Assim, a incapacidade em um determinado papel não significa, necessariamente, incapacidade em outro. Nem todas as pessoas incapacitadas para requerem assistência na vida diária; por sua vez, nem todas as pessoas que precisam de assistência nas atividades diárias são incapacitadas.

É muito importante essa reflexão, principalmente quando se pensa na questão do envelhecimento populacional, o que, conseqüentemente, poderá acarretar em aumento significativo das deficiências e/ou incapacidades. Nesta perspectiva, torna-se necessário promover a acessibilidade destes idosos à vida em sociedade. Afinal, a pessoa tem que viver num ambiente que não lhe restrinja a mobilidade, a comunicação e o acesso à informação para que possa viver apesar de possuir uma diversidade – a deficiência – não devendo, por causa dela, ser considerada incapaz.

Seguindo nessa lógica, em 1980, a Organização Mundial de

Saúde (OMS) propôs em paralelo à Classificação Internacional de Doenças (CID), a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Internacional Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps - ICIDH), que é uma classificação do impacto da doença. Esse modelo apresenta três dimensões: a deficiência, a incapacidade e a desvantagem.

A deficiência é definida como qualquer perda ou anomalia em uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica. Já a incapacidade constitui qualquer restrição ou falta de habilidade decorrente de uma deficiência, para desempenhar uma atividade da maneira ou dentro do intervalo considerado normal para um ser humano. E a desvantagem é a consequência de uma deficiência ou incapacidade que ocasiona uma limitação no desempenho de um papel social que é normal - dependendo da idade, sexo e fatores culturais - para o indivíduo. Observa-se que a incapacidade mantém uma relação com a definição de limitação funcional e incapacidade relatada por Nagi (1976).

Em muitos países, a ICIDH tem sido utilizada na determinação da prevalência das incapacidades, aplicada à área de seguro social, saúde ocupacional, concessões de benefícios, em nível comunitário, em cuidados pessoais de saúde ou como forma de avaliar pacientes em reabilitação.

Avançando nestas considerações, em 2001, a OMS estabeleceu uma nova abordagem conceitual para a deficiência por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (Internacional Classification of Functioning, Disability and Health, 2000), conhecida como ICF. Na nova abordagem, a incapacidade é uma classificação fundamentada nos componentes da saúde ao invés de classificação de consequências da doença. A ICF engloba todos os aspectos da saúde humana e alguns componentes relevantes para a saúde relacionados ao bem-estar, descrevendo-os em termos de domínios da saúde (visão, audição, memória, aprendizado) e de domínios relacionados à educação, ao trabalho, ao transporte, de modo que estes passam a ser descritos na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade.

A classificação proposta pela OMS agrupa os diferentes domínios de uma pessoa numa determinada condição de saúde, de modo a definir o que ela com uma doença ou disfunção pode, ou não, fazer. Nessa abordagem, a funcionalidade compreende todas as funções corporais, tarefas, ou ações, ao passo que a incapacidade engloba as deficiências, limitação da capacidade ou restrição no desempenho de atividades. O

maior objetivo da ICF é estabelecer uma linguagem comum para descrever o estado funcional associado com as condições de saúde, numa tentativa de associar o modelo biomédico ao social.

A ICF é um modelo de estrutura da OMS para saúde e incapacidade, tendo sido traduzida para o Brasil, em 2003 (FARIAS, 2005). Ela consiste numa base conceitual para a definição, mensuração e formulações de políticas para saúde e incapacidade, contribuindo na tomada de decisão. É uma classificação universal para incapacidade e saúde para uso em saúde e áreas relacionadas à mesma. Tem seu foco especialmente sobre saúde e funcionalidade, mais do que sobre a incapacidade, desde a sua primeira publicação, em 1980. Somente em 2001 é que cento e noventa e um membros da OMS a adotaram como um instrumento científico mundial para avaliar os aspectos relacionados à saúde e às incapacidades.

No Brasil, o IBGE (2000) define a incapacidade por meio de questões sobre limitações e sobre as funções e estruturas do corpo. O conceito utilizado inclui incapacidade de enxergar, de ouvir, de locomover-se (caminhar e subir escadas), deficiência mental ou física permanente (tetraplegia, paraplegia, hemiplegia, ausência de membros superiores e inferiores). A referência para caracterizar a incapacidade é a presença de, pelo menos, uma das deficiências investigadas, bem como a presença de alguma ou de grande dificuldade para enxergar, para ouvir ou locomover-se.

Assim, a capacidade funcional surge, atualmente, como um novo paradigma de saúde. A definição de incapacidade engloba alguns aspectos: a patologia, a deficiência, a limitação funcional e a desvantagem são terminologias que estão diretamente associadas a esse o conceito.

Há que se considerar que existe uma enorme dificuldade na tentativa de mensurar e conceituar incapacidade devido ao caráter multidimensional, dinâmico e complexo deste fenômeno. Não há um consenso entre os pesquisadores para identificar as populações com incapacidades. Além disso, pode-se utilizar um conjunto de várias definições, o que resulta em dificuldades na aplicação e utilização da informação. Por isso, a caracterização da incapacidade requer informações detalhadas sobre diferentes aspectos de vida do indivíduo. Dessa forma, para medir a incapacidade, é necessário considerar os aspectos físicos, cognitivos e emocionais (BRUCE, 2001; BAPTISTA, 2003; YUASO; SGUIZZATTO, 2002; ROSA et al., 2003; CAMARGOS, 2004).

Bruce (2001) ressaltou que a incapacidade funcional é um

indicador de disfunção física, cognitiva e emocional. Entretanto, Baptista (2003) afirma que a incapacidade funcional é uma das maneiras de se avaliar a incapacidade, em que são abordadas as capacidades físicas do indivíduo, de acordo com o desempenho nas atividades cotidianas.

Segundo Yuaso e Sguizzatto (2002), a incapacidade funcional pode ser conceituada como a dificuldade ou inabilidade de realizar certas atividades. Rosa, et al (2003) definem a incapacidade funcional pela presença de dificuldade no desempenho de atividades de vida diária, ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las. Para Camargos (2004) a incapacidade se refere à dificuldade ou à inabilidade de desempenhar atividades ou papéis dentro do que é considerado normal pelo ser humano, e a incapacidade funcional é definida como a inabilidade ou a dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do cotidiano do ser humano, dentro dos padrões considerados normais.

Yang e George (2005) definiram a incapacidade funcional como uma habilidade diminuída ou inabilidade para realizar tarefas de autocuidado que normalmente são necessárias para a vida independente na comunidade. Portanto, a maioria dos autores considera que o conceito de incapacidade envolve outros componentes, tais como: as condições físicas, mentais e emocionais.

De acordo com estes e outros autores, a incapacidade funcional pode ser medida por meio das escalas de dificuldade e dependência. Em geral, as escalas assumem três formas padrão: o grau de dificuldade para realizar certas atividades, o grau de assistência ou de dependência para realizar a atividade e se a atividade não é realizada. A medida de dependência avalia: se a pessoa necessita de ajuda, se utiliza assistência para realizar uma atividade, ou se a mesma não é realizada. Assim, um indivíduo é classificado como dependente quando necessita de ajuda de outra pessoa ou não consegue realizar uma tarefa. Por sua vez, a dificuldade é composta de vários critérios para avaliar como as atividades funcionais são desempenhadas e resume o grau de esforço despendido ao desempenhar a tarefa. Isso envolve elementos como a duração da atividade, o grau de desconforto que a pessoa experimenta e qual a importância dos aparelhos de auxílio.

A maior parte dos estudos operacionaliza o conceito de incapacidade como um fenômeno discreto e constante ao longo das idades. Por isso, uma ampla variedade de instrumentos tem sido desenvolvida para mensurar a incapacidade funcional, especialmente em indivíduos idosos. Apesar disso, não existe um padrão-ouro. O instrumento selecionado depende dos objetivos da pesquisa, da

finalidade clínica ou da disponibilidade das informações. As *Atividades de Vida Diária* (AVD) (Katz, 1963), as *Atividades Instrumentais de Vida Diária* (AIVD) (Lawton e Brody, 1969) e o *Método Grade of Membership* (GoM) são as escalas frequentemente utilizadas para avaliar a incapacidade funcional do indivíduo.

Percebe-se uma abrangência nos conceitos de incapacidade e incapacidade funcional e nas formas de mensuração, podendo os mesmos ser considerados de várias maneiras. Quanto ao conceito, observa-se que apesar da diversidade é importante ressaltar que as definições variam, mas não são conflitantes. A maioria dos estudos define a incapacidade funcional em termos de inabilidade ou dificuldade do indivíduo em executar tarefas físicas básicas ou mais complexas, ou de algum domínio da vida considerada normal. Embora algumas definições preconizem que a incapacidade funcional compreenda três dimensões - a física, a cognitiva e a emocional - há um predomínio de pesquisas que utilizam apenas as medidas físicas e instrumentais. Deste modo, a incapacidade funcional pode ser utilizada como uma medida do componente físico e um indicador de incapacidade.

Com relação aos parâmetros de mensuração da incapacidade funcional, argumenta-se que a mesma é possível. Existem instrumentos de medidas específicos que fornecem um escore ou um perfil de incapacidade, mas que variam bastante entre as pesquisas. As AVDs, as AIVDs e a mobilidade são os indicadores preferencialmente utilizados entre os autores e universalmente aceitos na literatura. Podem ser avaliadas por meio do grau de dificuldade (nenhuma dificuldade, pouca dificuldade, muita dificuldade, incapaz de fazer) ou dependência (necessidade de ajuda de outra pessoa ou impossibilidade de realizar uma tarefa). Ademais, a incapacidade funcional é vista como um processo e não como um estado final. Assim, verifica-se que não existe um método único para operacionalizar a incapacidade funcional.

De acordo com Rosa et al (2003), a manutenção da capacidade funcional pode ter implicações para a qualidade de vida dos idosos por estar relacionada com a capacidade do indivíduo de se manter na comunidade, desfrutando a sua independência e dando seguimento a suas relações e atividades sociais até as idades mais avançadas. Esse aspecto vem de encontro ao conceito de cidadania, onde o idoso deveria continuar exercendo seus direitos políticos, civis e sociais, com liberdade completa que combina igualdade e participação numa sociedade (Carvalho, 2002), apesar de sua incapacidade ou limitação funcional.

3.2.3 Breve revisão sobre legislação em saúde da pessoa com deficiência

Unidas (ONU) que fixou 1981 como o ano Internacional da Pessoa Deficiente, cuja principal Deficiência é o termo usado para definir a ausência de ou a disfunção em uma estrutura psíquica, fisiológica ou anatômica do ser humano (OMS, 2001). Na Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, definiu-se que estas são pessoas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (ONU, 2006). Assim, a expressão *pessoa com deficiência* pode ser aplicada referindo-se a qualquer pessoa que possua algum tipo de deficiência. O termo deficiente, para denominar pessoas com deficiência, tem sido considerado inadequado, já que ele carrega consigo uma conotação negativa, trazendo em si um estigma. Atualmente o uso desta terminologia pode promover o preconceito em detrimento do respeito ao valor do ser humano.

Os conceitos relativos à pessoa com deficiência têm evoluído com o passar dos tempos, acompanhando de uma forma, ou de outra, as mudanças ocorridas na sociedade e as próprias conquistas alcançadas pelas pessoas com deficiência (BRASIL, 2006). Um marco dessa evolução foi a declaração da Organização das Nações consequência foi a aprovação do Programa Mundial para Pessoas com Deficiências (Resolução n° 37/52).

Outro marco histórico que vêm subsidiando todas as práticas e políticas mundiais relacionadas à pessoa com deficiência é a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, realizada em Assembléia Geral das Nações Unidas no dia 6 de dezembro de 2006, cujo propósito foi de “promover, proteger e assegurar o desfrute pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por parte de todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua inerente dignidade”. Essa convenção ressalta a questão da acessibilidade e igualdade de oportunidades para essas pessoas, enfatizando que a deficiência é inerente e pode fazer parte da vida das pessoas, de modo que o que deve ser abolido são as barreiras de acesso.

No Brasil, a Lei Federal n° 7.853, de 24 de outubro de 1989, assegura os direitos básicos dos portadores de deficiência. Em seu artigo 8°, afirma constituir crime, punível com reclusão (prisão) de 1 a 4 anos e

multa a quem:

1. Recusar, suspender, cancelar ou fazer cessar, sem justa causa, a inscrição de aluno em estabelecimento de ensino de qualquer curso ou grau, público ou privado, porque é portador de deficiência.
2. Impedir o acesso a qualquer cargo público porque é portador de deficiência.
Negar trabalho ou emprego, porque é portador de deficiência.
3. Recusar, retardar ou dificultar a internação hospitalar ou deixar de prestar assistência médico-hospitalar ou ambulatorial, quando possível, a pessoa portadora de deficiência.

Existiu outros marcos históricos, os quais provavelmente incitaram uma maior visibilidade dessa problemática, com merecido destaque a um evento nacional e outro internacional. Em 1999, através do Decreto nº 3. 298/99 instituiu-se a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Já em 2001, por meio do Decreto nº 3.956/11, foi estabelecida a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência.

A Política de Inclusão das pessoas com deficiência existe desde a Constituição de 1988. Posteriormente, através de novas lutas por igualdade, regulamentou-se o decreto da Acessibilidade. Novas lutas sobre as questões referentes à pessoa com deficiência se perpetuam, além de serem conduzidas na esfera dos direitos humanos desde 1995.

No Brasil, foi somente a partir de 2002 que estas questões passaram a ter maior visibilidade, em decorrência da criação, neste ano, da Portaria MS/GM nº 1.060/02, que aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.

Ao longo dos anos, a legislação nacional foi sendo aprimorada através de leis, portarias e decretos a fim de efetivar a Política Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência Física (ANEXO B). Apesar de o Brasil ser um dos poucos países no mundo a ter uma legislação específica, ainda se verifica que as pessoas com deficiência são bastante excluídas da sociedade (RESENDE, 2008). Percebe-se que, no âmbito da deficiência em idosos, a discussão ainda é bastante insipiente. Através de novos estudos, legislações, ações comunitárias e outras ações é que a história desses idosos será escrita.

Após esta breve revisão, pode-se perceber que o Brasil tem hoje uma das mais atuais e abrangentes legislações a respeito dos direitos da pessoa com deficiência. Ressalta-se, em especial a Lei 7.853/89, resultado de uma ampla consulta às pessoas com deficiência, às suas instituições, à comunidade em geral e do trabalho da Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (COORDE). Mesmo assim, é necessário trabalhar desenvolvendo estratégias que visem a inserir o idoso com deficiência como parte da discussão e do encaminhamento das principais questões sociais brasileiras.

É necessário fazer o atendimento em saúde, para essas pessoas, integrado às ações do Sistema Único de Saúde. É, também, responsabilidade coletiva da sociedade a busca de soluções para melhoria da qualidade de vida delas. Acima de tudo, é essencial, nesta modalidade, a construção de ações conjuntas para prevenção de deficiências, garantia de acessibilidade, equiparação de oportunidades, inclusão social e o exercício da cidadania das pessoas idosas com deficiência física, que podem significar a independência nas situações mais rotineiras de sua vida. Assim, a Política Nacional de Promoção à Saúde (2002) deve subsidiar o cuidado a estes idosos, uma vez que se pretende promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Dessa forma, contribuir-se-á para redução das incapacidades funcionais e melhoria de qualidade de vida destes idosos.

3.3 A PESSOA IDOSA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

3.3.1 O idoso e alguns conceitos

Atualmente, o envelhecimento populacional constitui um dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea, especialmente em países em desenvolvimento, onde esse fenômeno ocorre em ambientes de pobreza e de grande desigualdade social (LIMA-COSTA, 2003). Schoenenberger (2006) ressalta o despreparo da saúde pública mundial frente ao aumento rápido e contínuo da longevidade humana. Já que este

segmento da população é o que cresce em maior velocidade, exige que a sociedade se prepare para responder a uma demanda crescente de políticas públicas sociais e de saúde, capazes de garantir-lhes os direitos de cidadania.

Além das taxas crescentes de envelhecimento, é importante considerar que este grupo não é homogêneo e apresenta indivíduos que se diferenciam pelas condições socioeconômicas, culturais e de saúde, dentre outras, o que exige uma atenção mais acurada. Há que se considerar, por exemplo, que uma proporção significativa desta população vive sozinha. Um estudo desenvolvido em Ouro Preto/MG (CHAIMOWICZ; COELHO, 2004) mostra que de cada três idosos, dois nunca, ou poucas vezes recorrem à família quando acometidos por problemas de saúde. Atrelar esta constatação a toda configuração estrutural das famílias nos tempos atuais, incita ainda mais à reflexão e preocupação com este novo cenário que se apresenta. Isso remete ao fato de que profissionais de saúde, gestores do sistema público de saúde e a sociedade como um todo devem despertar para a necessidade de novas estratégias de cuidar destes idosos.

O processo de envelhecimento acarreta progressivos problemas de saúde, que podem ser agravados sem o acesso fácil a bens e serviços de qualidade. Com o acréscimo na participação de idosos na composição da população geral, gera-se uma maior demanda por determinadas ações de saúde, de acordo com suas necessidades.

Algumas doenças são mais comuns em idosos e também causam um maior risco de comprometimento. A hipertensão arterial, por exemplo, é uma das causas mais importantes de morbidade e mortalidade, pela sua alta incidência e por constituir fator de risco para doença coronariana, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca e insuficiência renal. Sua frequência aumenta de maneira expressiva entre os idosos, atingindo cerca de 50% dos indivíduos após os sessenta e cinco (65) anos de idade. Os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) constituem a primeira causa de morte entre as doenças cardiovasculares no Brasil e causa importante de incapacidade em longo prazo entre os idosos (LITVOC; DERNTL, 2002).

O maior fator de risco isolado de câncer é a idade: aproximadamente 50% dos tumores ocorrem em pessoas com mais de sessenta e cinco (65) anos de idade. Os tumores de esôfago, estômago, reto, pâncreas, próstata, pele e cólon apresentam aumento contínuo na incidência com o progredir da idade. Já a incidência de câncer de próstata, em homens com idade superior a cinquenta (50) anos, é maior que 30%, aumentando progressivamente até aproximadamente 80% aos

oitenta (80) anos (BRASIL, 2006b). Por isso, percebe-se que não há como desconsiderar o impacto destas doenças na vida dos idosos, principalmente no desencadear de situações de dependência e/ou deficiências.

Os distúrbios visuais e auditivos são muito comuns no idoso e, somados às alterações relacionadas ao envelhecimento, acabam reduzindo sua autonomia e independência, podendo ocasionar prejuízos importantes na qualidade de vida. Além disso, tais alterações representam um destacado fator de risco para a ocorrência de quedas. Há também os distúrbios de micção, incontinência e prostatismo, os quais afetam a qualidade de vida dos idosos (PAIXÃO; HECKMANN, 2002).

Com o aumento da expectativa de vida, aumentam também os riscos de desenvolvimento de demência, principalmente, a Doença de Alzheimer. Há também os casos de artrose e a osteoporose, cuja prevalência aumenta muito a partir dos cinquenta (50) anos.

O processo do envelhecer delimita mudanças expressivas de ordem individual, familiar e social, cada um com seus significados e relevâncias (FIGUEIREDO; TONINI, 2006). O envelhecimento crescente de quase todas as populações mundiais é fato sabido e já bastante estudado. No entanto, em grande parte destas populações pouco se têm feito para que as limitações não causem deficiências. Na velhice, é possível detectar que a deficiência pode ter sua origem pela falta e/ou dificuldade de acesso ao cuidado. Concordo com Lima-Costa et al (2003) quando colocam que as condições de saúde da população idosa podem ser determinadas pelos seus perfis de morbidade e mortalidade, presença de déficits físicos e cognitivos e utilização dos serviços de saúde, dentre outros indicadores mais específicos.

Os problemas de saúde modificam-se ao longo da vida. A redução da capacidade funcional e o surgimento da dependência são preocupações nas idades mais avançadas (LIMA-COSTA et al., 2003). Dependendo do quanto a incapacidade compromete a independência e a autonomia do idoso, este poderá requerer cuidados que podem ser contínuos e prolongados. Como afirmam Gonçalves e Alvarez (2002), o processo de cuidar se dá em ações consecutivas, de modo interativo, dialogal, interdependente entre quem provê o cuidado e quem o recebe, ou seja, numa dinâmica terapêutica afetiva peculiar. O alcance dessa meta requer da equipe de saúde algumas competências, habilidades e comportamentos dentre os quais se destaca: a ética, a solidariedade, o respeito e a confiança, o espírito de acolhimento, o bom senso e a comunicação efetiva.

Como já relatado anteriormente, as Doenças Crônicas Não

Transmissíveis (DCNT) podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas. A dependência para desempenho das atividades de vida diária tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de sessenta (60) anos para cerca de 50% entre aqueles com noventa (90) anos ou mais (BRASIL, 2007). Vale lembrar que, quando um idoso é acometido por uma doença crônica, isso não implica, necessariamente, no desenvolvimento de incapacidades, embora se reconheça que aumentem sua vulnerabilidade e o risco de acelerar seu declínio funcional (POTTER; PERRY, 2005).

Deve-se levar em consideração a importância das informações acerca das condições de saúde da população idosa e suas demandas por serviços de saúde, bem como das desigualdades associadas a essas condições, por serem importantes no planejamento da atenção à saúde. Segundo Duarte (2003), a observação criteriosa e sistemática da distribuição dos eventos de saúde constitui-se em elemento fundamental para a compreensão acerca dos fatores, situações, condições ou intervenções modificadoras dos riscos de adoecimento de populações humanas. A análise da situação de saúde é fundamental para informar a tomada de decisão dos gestores, nas diversas esferas de governo, à medida que traz evidências relevantes para a elucidação de pontos essenciais à ação. É com base nestas avaliações que importantes questionamentos a quem formula, planeja, executa e, principalmente, financia os serviços de saúde poderão ser realizados (MENDES, 2001).

3.3.2 Breve revisão sobre legislação em saúde da pessoa idosa

Para acompanhar a alteração do perfil epidemiológico do país, as políticas públicas precisam ser discutidas e reformuladas para contemplar o idoso como prioridade de atenção. Vale destacar duas conquistas importantes nesse aspecto: a Política Nacional do Idoso (Lei nº. 8.842 e Decreto nº 1.948/96), que tem como objetivos promover o envelhecimento saudável, manter e melhorar ao máximo a capacidade funcional dos idosos, prevenir e tratar doenças, garantindo que esta população permaneça em seu meio social. Outro marco foi o Estatuto do Idoso (2003), que visa garantir aos idosos os direitos de proteção à vida e à saúde.

Para aumentar as garantias de promoção em saúde do idoso, o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Esta política vem concretizar um passo importante para a saúde desta parcela

da população (BRASIL, 2006d) objetivando garantir a atenção integral à Saúde da população idosa no SUS, enfatizando o envelhecimento familiar, saudável e ativo e fortalecendo o protagonismo dos idosos no Brasil.

Em 2006, também foi instituído o Pacto pela Saúde (Lei nº 399/06), que veio como instrumento para auxiliar na consolidação do SUS e suas Diretrizes Operacionais. Assim, o pacto pela vida abrange questões que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira (BRASIL, 2006e). Dentre as prioridades pactuadas encontra-se a saúde do idoso e, nesta área, devem ser seguidas as seguintes diretrizes: a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; d) a implantação de serviços de atenção domiciliar; e) o acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; f) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; g) fortalecimento da participação social; h) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; i) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; j) promoção da cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; k) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006 d).

As estratégias que foram apontadas para a saúde do idoso compreendem: a distribuição da caderneta de saúde da pessoa idosa; a distribuição, nos serviços de saúde, do manual de atenção básica à saúde da pessoa idosa; o programa de educação permanente à distância, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica; a reorganização das políticas de acolhimento das pessoas idosas nas unidades de saúde; a assistência farmacêutica qualificada para dispensação de medicamentos e acesso da população idosa; atenção diferenciada na internação e a atenção domiciliar como prestação de serviço ao idoso (BRASIL, 2006 d).

Após dois anos de efetivação do Pacto pela Vida, em 2008, os indicadores relacionados à saúde do idoso foram discutidos nas várias instâncias governamentais. A partir destas reflexões, estabeleceu-se, como meta, a redução do número de internações de pessoas idosas por fratura do fêmur.

As ações de saúde hoje estão focadas na questão da promoção de saúde e prevenção de agravos nos idosos: busca-se o envelhecimento saudável e sustentável. O envelhecimento saudável, nesta perspectiva,

consiste em um equilíbrio entre as dimensões do ser humano físico, mental, integração social, independência na vida diária, independência econômica e suporte familiar. A saúde, no contexto do idoso, seria, em um sentido amplo, o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões (RAMOS, 2003). A criação de políticas, incluindo toda a sociedade, redes de apoio para o idoso dependente e sua família, assistência ao idoso que não dispõe de cuidados familiares e programas para prevenção de dependência funcional em idosos independentes são algumas estratégias para promover a saúde dos idosos (CALDAS, 2003).

É importante ter conhecimentos acerca das políticas de saúde voltadas ao idoso, visto que a sua deficiência pode representar a falta de assistência adequada aos indivíduos desta faixa etária. Ao longo dos anos, a legislação nacional foi sendo aprimorada através de leis, portarias e decretos (ANEXO C) a fim de efetivar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. No entanto, pode-se perceber que apesar de estarem organizadas na forma da lei, as questões relativas ao desenvolvimento das Políticas de Atenção à Saúde do Idoso não cumprem seu papel em todo o território Nacional. Muitos gestores estaduais e municipais, mesmo tendo conhecimento das implicações da legislação, ainda não implementaram eficazmente as diretrizes propostas deixando de cumprir com seu papel social frente à população idosa.

A população idosa do município de Florianópolis acompanha o cenário nacional: há tendência de aumento do número de idosos e, entre estes, existe a perspectiva de longevidade, ou seja, os idosos estão ficando cada vez mais idosos. Por isso urge a questão central desta pesquisa que é: *Como está sendo o processo de acessibilidade de idosos com deficiência física aos serviços de saúde na atenção primária no município de Florianópolis?*

Almeja-se que este estudo voltado para a população idosa com deficiência física, possa contribuir para a construção de sociedades saudáveis, socialmente justas e sustentáveis. Portanto pretende-se, com esta pesquisa, buscar a união entre ciência e ética e o enfrentamento desse grande desafio da atualidade. Espera-se que os conhecimentos gerados por esse estudo levem a reflexões e ações favoráveis para a melhoria do cuidado para com as pessoas idosas com deficiência física.

3.4 A ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E A QUESTÃO DA DEFICIÊNCIA

A partir dos anos 80, a crítica ao desenvolvimento da assistência em saúde coloca em cena demandas de atenção em relação à saúde mental, à saúde da pessoa com deficiência, aos idosos e a outros grupos populacionais. Evidenciam-se os limites da assistência hospitalar, o caráter da assistência asilar para alguns destes grupos e de assistência filantrópica e beneficente para outros. Discute-se a necessidade de implementação de políticas sociais para ampliar o acesso à saúde, à educação, ao trabalho e a melhores condições de vida para a população em geral. Além da crítica à organização de serviços e de propostas assistenciais, aponta-se a necessidade de políticas sociais que considerem as demandas desses grupos populacionais, bem como as propostas de intervenção voltadas para o desenvolvimento da participação, autonomia, criatividade e emancipação de usuários individuais e de comunidades. Os enfermeiros passam a propor e desenvolver ações extra-hospitalares, territoriais, comunitárias e em contextos multiculturais, cujas tendências e orientações necessitam de sistematização.

A proposta de construção de uma rede de atenção à saúde das pessoas idosas com deficiência física inclui um conjunto de estratégias e equipamentos integrados e vinculados no território. Práticas e cuidados que apontem desde as primeiras intervenções para processos de independência e inclusão social destas pessoas em suas comunidades devem ser introduzidas e difundidas. Além disso, a rede de cuidados deve dispor de serviços com níveis de complexidade diferenciados - atenção básica, média e alta complexidade - para a otimização dos atendimentos e resolutividade.

A vinculação dos serviços no território, a prática do acolhimento nos Centros de Saúde, o fortalecimento do trabalho transdisciplinar e intersetorial, o Matriciamento, a abordagem adequada às condições específicas das deficiências em todas as intervenções de saúde que forem necessárias. A precocidade na detecção e na intervenção em relação às deficiências constitui-se em pontos importantes no perfil do atendimento que se deseja construir para os idosos. Mas ainda há muito a desenvolver no sentido de que, além dos tratamentos específicos relativos à deficiência, estas pessoas são acometidas de doenças e agravos comuns às demais pessoas e precisam ter acesso a todos os outros tipos de serviços sem qualquer tipo barreira, seja ela física, de

informação ou de conhecimento.

Por si só, este conjunto aponta para mudanças muito favoráveis em relação às necessidades das pessoas com deficiência no que se refere aos processos de equiparação de oportunidades, inclusão, adequação dos recursos humano-físicos e acessibilidade desde a atenção básica até os serviços de maior complexidade. Na raiz dessa nova abordagem, está a perspectiva da inclusão social, entendida, segundo Sasaki (2006), como um processo em que a sociedade adapta seus sistemas às pessoas com necessidades especiais.

As iniquidades, muitas vezes, são resultantes das desigualdades sociais nas condições de saúde e no acesso aos serviços de saúde da população. E para minimizá-las, Starfield (2007) afirma que serviços adequados na atenção primária em saúde podem contribuir com a redução das desigualdades sociais nas condições de saúde.

Muitas vezes, as próprias pessoas com deficiência não sabem sobre seus direitos e/ou o que é melhor para elas, por isso precisam ser ouvidas nas suas necessidades mais singulares. Nem mesmo os profissionais de saúde estão preparados para tal; além disso, muitas vezes essas necessidades perpassam o âmbito da saúde. Por isso, deve-se garantir a mudança do paradigma do modelo médico para o modelo social da deficiência, haja vista que não há como promover a acessibilidade dessas pessoas sem a intersetorialidade das ações.

Unglert (1990) define que o acesso à saúde extrapola a assistência em si e que a acessibilidade aos serviços é fundamental para a concretização do direito que todos têm de obter serviços de saúde. Millman (1993) definiu acesso como o uso de serviços de saúde em tempo adequado para obtenção de melhor resultado possível. Andersen (1995), ao realizar a revisão do Modelo Comportamental de Utilização de Serviços de Saúde, ordena o conceito de acesso em: a) acesso potencial (refere-se à oferta local de serviços); b) acesso realizado (etapa de utilização do serviço); c) acesso efetivo (processo de cuidado); d) acesso eficiente (indica mudanças nas condições de saúde e na satisfação do usuário). Ou seja, o autor contempla aspectos relacionados à efetividade e a eficiência no processo de cuidado.

O acesso, enquanto domínio restrito, refere-se ao grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. Já enquanto domínio amplo refere-se à utilização do serviço de saúde em tempo adequado para obtenção do melhor resultado possível. O acesso também se caracteriza a partir de como os modelos de saúde se apresentam historicamente, e de como os sujeitos se apropriam dessa mesma realidade histórica (GIOVANELLA; FLEURY, 1995).

Frenk (2002) afirma que o acesso refere-se às características da oferta de serviços que facilitam ou impedem a sua utilização pelos usuários, além de representar a capacidade de oferta de produzir serviços e responder às necessidades das pessoas.

Pesquisadores como Ramos (2003) e Adami (1993) levam em conta, para definição de acesso, as subcategorias: a) acesso geográfico (forma e tempo de deslocamento e distância da unidade à moradia); b) acesso econômico (custo de deslocamento, recebimento de insumos e medicamentos); c) acesso funcional (questões gerais que afetam o atendimento). Já Thiede e McIntyre (2008) apresentam três dimensões de acesso: disponibilidade, capacidade de pagar e aceitabilidade.

Em sua dissertação de mestrado, Silva (2008) aponta como classificação de acesso: a) acesso seletivo, referindo-se à desigualdade de acesso e distribuição de benefícios em função do poder de compra do usuário; b) acesso excludente, referindo-se à exclusão de grupos sociais que têm maior poder de organização na sociedade; c) acesso focalizado, referindo-se à restrição de atendimento público a determinados serviços ou programas.

Vários são os estudiosos que apontam o acesso à saúde como o grau de facilidade com que as pessoas recebem os cuidados de saúde. Por isso, é primordial ouvir a opinião das pessoas que o utilizam, de forma a avaliar e garantir a qualidade deste (LIMA et al., 2007).

Fatores individuais e fatores internos aos serviços de saúde determinam o seu uso efetivo e eficiente, o que interfere na qualidade deste (REIS et al., 1990). Isso se deve ao fato de que durante a utilização dos serviços de saúde o comportamento do usuário e do profissional é que determinará a porta de entrada deste sistema, bem como a forma como o usuário transitará no mesmo. Além disso, há um terceiro componente nesta relação, que é o gestor. É esse profissional, que dentro do sistema, definirá o tipo, a intensidade e a forma que serão disponibilizados para cada tipo de atendimento específico, o que contemplará a política de saúde pública.

Assim, percebe-se que a garantia de acesso universal (Princípio de Universalidade do SUS) extrapola a dimensão individual. Portanto, é responsabilidade coletiva, nos mais diversificados níveis de atenção, a garantia desse acesso através de uma rede integrada de cuidados. No entanto, para este estudo, analisou-se como está acontecendo esse acesso na atenção primária à saúde, no município de Florianópolis, tendo como enfoque os idosos com deficiência física.

Barreto e Giatti (2003) mostram que o padrão de desigualdade no acesso aos serviços de saúde é semelhante ao da população em geral.

Idosos de baixa renda apresentam pior estado de saúde, pior estado funcional e procuram menos os serviços de saúde. Carmo (1994) aponta a situação dos países em desenvolvimento, onde vivem milhões de pessoas que apresentam deficiências congênitas ou adquiridas, muitas das quais poderiam ser evitadas ou reduzidas mediante adoção de medidas simplificadas de prevenção e de reabilitação que estariam dentro das possibilidades das próprias comunidades, desde que estas estivessem devidamente informadas e capacitadas a fazê-lo.

As ações de prevenção, assistência e manutenção da saúde são compartilhadas em diversas frentes através das ações da vigilância epidemiológica, como a obtenção de excelentes índices de cobertura vacinal, por exemplo. Também são exemplos as ações programáticas no campo da saúde da criança e do adolescente, havendo priorização para a saúde da gestante de alto risco, oxigenoterapia domiciliar, o atendimento pré-hospitalar do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), como também os importantíssimos trabalhos desenvolvidos pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). As ações de reabilitação, prevenção de agravos e promoção da saúde das pessoas idosas com deficiência física é tarefa de todo este conjunto complexo de cuidados.

Logo, a atenção integral à saúde da pessoa idosa com deficiência física compreende o acolhimento deste usuário em suas necessidades de saúde por meio de ações de promoção, prevenção, assistência, reabilitação e manutenção da saúde de forma acessível.

Diferentes cenários, sujeitos e contextos sociais atestam semelhantes condições vivenciadas pelas pessoas idosas com deficiência física ao acessar os sistemas de saúde. Da mesma forma, vários estudos na área apontam para a escassez de recursos de acesso das pessoas com deficiência no sistema público de saúde e revelam a dificuldade de atuação do poder público e do Estado em relação à acessibilidade. Isso se torna mais evidente nos casos de pessoas com baixa escolaridade – sem qualificação e com baixa renda - e no caso dos idosos, já que ambos os grupos se destacam por sua vulnerabilidade.

Assim, percebe-se que a acessibilidade aos serviços de saúde da pessoa com deficiência está diretamente relacionada aos fatores sociodemográficos, comportamentais e psicossociais, o que é mais discrepante nos estudos realizados no Brasil. Já os estudos internacionais apontam que está em evidência a discussão da integração e equiparação de oportunidades em todos os campos: saúde, trabalho, lazer e outros. Nos achados em estudos nacionais, percebe-se que esta discussão em alguns momentos também está presente, com a diferença

de que aqui é importante o contraste diante das desigualdades sociais, o que torna o idoso mais vulnerável.

Travassos e Martins (2004) colocam que as barreiras de acesso mais importantes são a disponibilidade ou presença física de serviços e recursos humanos, porém, destacam outras, quais sejam: a) barreiras geográficas, que refletem a resistência que o espaço impõe ao deslocamento dos usuários até o serviço de saúde; b) barreiras financeiras; c) barreiras organizacionais, que refletem as características da organização dos serviços e do tipo/qualidade dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis que facilitem ou dificultem sua utilização; d) barreiras à informação.

Como pilar para a perpetuação dessas barreiras de acesso estão as barreiras atitudinais, conforme definido por Amaral (1998, p.17): “são anteparos nas relações entre duas pessoas, onde uma tem uma predisposição desfavorável em relação a outra, por ser esta significativamente diferente, em especial quanto às condições preconizadas como ideais.” Nessa vertente, os aspectos relacionados a medo, desconhecimento e preconceitos relacionados às pessoas com deficiência acabam por ampliar as barreiras de acesso que estas enfrentam em seu cotidiano.

Nos achados dos estudos selecionados para esta revisão, a acessibilidade esteve voltada mais para a questão das barreiras arquitetônicas e planejamento urbanístico. Alguns outros poucos estudos apontam para a questão da acessibilidade no aspecto da comunicação. Através destes, verificou-se que a presença destas barreiras afeta a qualidade dos serviços prestados, e que a Legislação brasileira (Anexo D), apesar de contemplar estas questões, está sendo desrespeitada.

Ao investigar a temática do acesso dos idosos com deficiência física, espera-se contribuir com o município no sentido de fornecer subsídios que auxiliem na condução da política municipal de saúde, nos aspectos relacionados à acessibilidade destas pessoas aos serviços de saúde na atenção primária. Através do estudo das questões pertinentes ao acesso aos serviços e ações de saúde pretende-se apontar – através das percepções e experiências dos próprios idosos com deficiência física – as reais expectativas, necessidades, fortalezas e fragilidades relacionadas à rede pública de saúde no que tange a atenção primária. Essas contribuições também estarão auxiliando para a ampliação de conhecimentos na área da gerontologia e, quiçá, poderão servir de subsídios para reestruturação da atenção dos serviços de saúde na rede primária para os idosos com deficiência física.

3.5 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e melhoria da prática clínica (BENEFIELD, 2003). Além disso, possibilita a síntese do estado de conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (POLIT, 2005). Trata-se de um método valioso para a Enfermagem por permitir a síntese de vários estudos publicados, possibilitando conclusões gerais sobre determinada área de pesquisa.

Nesse estudo, para a revisão integrativa sobre a temática da acessibilidade dos idosos com deficiência física aos serviços de saúde na atenção primária foi escrito um artigo, que foi publicado na Revista Gaúcha de Enfermagem (GIRONDI; SANTOS, 2011) e é apresentado a seguir.

DEFICIÊNCIA FÍSICA EM IDOSOS E ACESSIBILIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: revisão integrativa da literatura¹

Juliana Balbinot Reis GIRONDI², Sílvia Maria Azevedo dos SANTOS³

RESUMO

Revisão integrativa da literatura que objetivou conhecer estudos sobre acessibilidade de idosos com deficiência física aos serviços de atenção básica à saúde no período de 1998 a 2008. Pesquisou-se em: bases de dados, documentos virtuais nos acervos da Biblioteca do Ministério da Saúde (Brasil), nos catálogos do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEN) da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); Consulta (via correio eletrônico) a *experts* na área. Foram

¹ Parte da tese de Doutorado que será apresentada em 2011 ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

² Enfermeira, Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, Enfermeira do Hospital Universitário da UFSC e da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

³ Doutora em Educação, Docente do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

selecionados e submetidos à análise temática sessenta estudos. As categorias que emergiram: A história da deficiência no Brasil; Acessibilidade e inclusão social; Deficiência e os idosos. Artigos de diferentes cenários, sujeitos e metodologias apontam semelhantes condições vivenciadas pelas pessoas com deficiências ao acessar os sistemas de saúde, sendo a escassez de recursos e o descaso do poder público os mais evidentes.

Descritores: acesso aos serviços de saúde; pessoas com deficiência; idoso; enfermagem geriátrica.

RESUMEN

Revisión integrativa de la literatura que objetivó conocer los estudios sobre la accesibilidad de los ancianos con deficiencias físicas, a los servicios de atención básica para la salud, entre 1998 y 2008. Se investigó sobre: bases de datos; documentos virtuales en los acervos de la Biblioteca del Ministerio de la Salud (Brasil), en los catálogos del Centro de Estudios e Investigaciones en Enfermería (CEPEN) de la Asociación Brasileira de Enfermería (ABEn); consultas (vía correo electrónico) con especialistas del área. Fueron seleccionados sesenta estudios y sometidos a un análisis temático. Aparecieron las siguientes categorías: La historia de la deficiencia en Brasil; accesibilidad e inclusión social; deficiencia y ancianos. Artículos de diferentes lugares, sujetos y metodologías demuestran condiciones semejantes vivenciadas por las personas con deficiencias al entrar en los sistemas de salud, siendo la escasez de recursos y la falta de consideración del poder público las más evidentes.

Descriptorios: accesibilidad a los servicios de salud; personas con discapacidad; anciano; enfermería geriátrica.

Título: Deficiencia física en ancianos y accesibilidad para la atención básica de la salud: revisión integrativa de la literatura.

ABSTRACT

Integrative review from the literature that aimed to identify studies on elderly accessibility with physical disabilities to the services of basic health care, between 1998 and 2008. The research was performed in: databases, virtual documents in the collections of the Library from the Health Ministry (Brazil), in the catalogs of the Center for Studies and Researches on Nursing (CEPEN), at the Brazilian Association of Nursing (ABEn), consultation (via e-mail) to experts in the area. Sixty studies were selected and subjected to thematic analysis. It came up the following categories: the history of disability in Brazil, accessibility and

social inclusion, disability and the elderly. Articles from different scenarios, subjects and methodologies show similar conditions experienced by people with disabilities when accessing health care systems. Scarcity of resources and public power indifference has been the most evident ones.

Descriptors: health services accessibility; disabled persons; aged; geriatric nursing.

Title: Physical disability in the elderly and accessibility on primary health care: integrative review of the literature.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde estima que 10% da população de qualquer país, em tempo de paz, é portadora de algum tipo de deficiência. Com base nesse percentual, estima-se que no Brasil existam 16 milhões de pessoas portadoras de deficiências ⁽¹⁾.

O rápido e intenso envelhecimento populacional já é um fenômeno bastante discutido na atualidade ⁽²⁾. Decorre, dentre outros fatores, da queda das taxas de fecundidade, diminuição da mortalidade, ampliação da expectativa de vida ao nascer e aos sessenta (60) anos, melhoria dos serviços de saúde e do uso de novas tecnologias em geral. Por outro lado, o aumento das comorbidades e os novos arranjos familiares processam uma nova forma de envelhecimento ⁽³⁾. Logo, há que se ressaltar a grande heterogeneidade nos padrões de envelhecimento, vulnerabilidades e dependência dos idosos. À medida que a estrutura da população está mais envelhecida, a proporção de pessoas com fragilidades aumenta, surgindo um novo elenco de demandas para atender às necessidades específicas desse grupo.

Atualmente, pode-se verificar que a condição de incapacidade e de deficiência tem relevância no âmbito da saúde pública, embora a assistência a essa população se insira marginalmente no sistema de saúde. A situação da assistência a pessoa com deficiência no Brasil ainda apresenta um perfil de fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações na esfera pública e privada.

A partir de 1980, a crítica ao desenvolvimento da assistência em saúde coloca em cena demandas em relação à saúde da pessoa com deficiência, aos idosos e a outros grupos populacionais. Discute-se a necessidade de implementação de políticas sociais para ampliar o acesso à saúde, à educação, ao trabalho e a melhores condições de vida para essas pessoas.

Como resultado de todo esse processo, é evidente que os idosos estão, cada vez mais, procurando os serviços de saúde. E, sendo a atenção básica, teoricamente, a porta de entrada para o sistema público de saúde, possivelmente essa é a primeira instância em que o idoso receberá atendimento. No entanto, há uma dificuldade em relação à obtenção desse acesso, demonstrando que os serviços na atenção básica não têm permitido o amplo acesso de todos os idosos ⁽⁴⁾. Atrelado a estas reflexões há que se considerar que, no Brasil, o modelo assistencial ao idoso é fortemente marcado pela abordagem biomédica e intra-hospitalar.

Por isso, urge a busca incansável para potencializar as ações de cuidado aos idosos na atenção básica, com a complementação de outros serviços de maior complexidade quando necessários. Na lógica da Estratégia de Saúde da Família (ESF) busca-se a construção de uma adequada abordagem da pessoa idosa: a compreensão ampliada para entender o envelhecimento como um processo natural do viver humano, e não um processo patológico ⁽⁵⁾.

Reconhecer que as políticas públicas, os serviços e instituições não correspondem a essa necessidade emergente, traz à tona a necessidade de reformulação desse cuidado e da reorganização dos serviços de saúde.

Ao almejar que haja equiparação de oportunidades e que a sociedade se adapte e se torne acessível às pessoas idosas com deficiência, a Enfermagem tem de assessorar a família, as instituições e a comunidade no sentido de evitar a segregação. Apesar de o modelo de atendimento ao idoso com deficiência preconizar a interdisciplinaridade, na prática isso ainda não foi estabelecido plenamente. Além disso, esse modelo normalmente não é discutido na academia ou valorizado pelas políticas de saúde e, conseqüentemente, os profissionais de saúde encontram muitas dificuldades em implementá-lo.

Levando-se em consideração que a assistência à saúde do idoso com deficiência constitui um campo de estudo relevante, principalmente pela perspectiva da atenção básica, realizou-se uma revisão integrativa que teve como principal finalidade sintetizar os achados em bases teórico-metodológicas de estudos realizados sobre acessibilidade, experiências, programas e políticas públicas de saúde voltadas a essa população. Logo, este artigo tem por objetivo apresentar os resultados da revisão integrativa da literatura que visou conhecer estudos sobre acessibilidade de idosos com deficiência física aos serviços de atenção básica à saúde no período de 1998 a 2008.

METODOLOGIA

A revisão integrativa da literatura inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e melhoria da prática clínica ⁽⁶⁾. Necessita-se da investigação e da compreensão das contradições que envolvem um fenômeno para que se possa relacionar a evidência à prática ⁽⁷⁾.

As etapas metodológicas para realização desta revisão integrativa incluíram: a) identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; b) estabelecimento de critérios de exclusão e inclusão; c) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; d) avaliação e análise dos estudos incluídos na revisão; e) interpretação dos resultados; e) apresentação da síntese/revisão do conhecimento ⁽⁸⁾. O período de busca foi de dez anos (1998-2008) em virtude da necessidade de se encontrar o maior número possível de informações sobre o tema para fundamentar os estudos de doutoramento de uma das autoras do artigo. Tal revisão ocorreu entre junho de 2008 e março de 2009.

Utilizou-se a pesquisa bibliográfica eletrônica nas seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Legislação Básica de Saúde da América Latina e Caribe (LEYES), Literatura do Caribe em Ciências da Saúde (MEDCARIB), Acervo da Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde (PAHO), Sistema de Informação da Biblioteca da Organização Mundial da Saúde (WHOLIS). Para acessar a MEDLINE, utilizou-se o portal PubMed; para a LILACS o acesso foi via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Para acessar BDENF, LEYES, MEDCARIB, PAHO e WHOLIS, utilizou-se o Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Pesquisa documental virtual feita através de busca nos acervos virtuais na Biblioteca do Ministério da Saúde (Brasil), nos catálogos do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem da Associação Brasileira de Enfermagem; materiais não disponíveis *full text on-line* foram obtidos por intermédio do serviço de comutação bibliográfica a partir da Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina. Análise das referências bibliográficas dos estudos considerados relevantes, no sentido de encontrar arquivos não localizados anteriormente, através das etapas descritas.

Além das fontes de busca realizou-se consulta a *experts* na área

para solicitação de materiais que não tenham sido publicados, ou cuja publicação não esteja disponível. A seleção desses *experts* aconteceu via análise das referências bibliográficas dos estudos selecionados ou através da indicação dos autores destes estudos após contato por meio de correio eletrônico. A obtenção dos endereços eletrônicos desses estudiosos foi através do *curriculum lattes*. Também foi consultado o responsável pela Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência, do Ministério da Saúde, para auxiliar nesse processo.

Foram elencadas as estratégias de busca: organização de descritores segundo a diferenciação entre as bases de dados; combinação de três termos de busca (Descritores em Ciências da Saúde – DeCS/MeSH: pessoas com deficiência, acesso aos serviços de saúde, idoso); combinação de termos booleanos (*and, or, not, or not*).

Definidos como critérios de inclusão: artigos de pesquisas qualitativas e quantitativas sobre o tema; revisão de literatura; ensaios; relatos de experiência; programas; políticas de saúde e reflexão teórica publicados em periódicos das bases de dados e acervos virtuais selecionados para o estudo; estudos que apresentaram os descritores selecionados; estudos publicados na íntegra em periódicos ou anais de eventos; livros; capítulos de livros; teses e dissertações. Foram excluídos: publicações de trabalhos duplicados, cartas, editoriais, resumos em anais de eventos ou periódicos; materiais publicados em outros idiomas que não fossem inglês, espanhol e português.

A seleção dos estudos se deu a partir do critério de exaustão e pertinência na coleta dos dados. Inicialmente, todo o material foi separado na forma de resumos. Posteriormente, realizou-se leitura flutuante dos mesmos para conferência de sua validade, de acordo com o objetivo do estudo. Os considerados pertinentes tiveram o resgate de seus textos completos, sendo todos organizados em planilha do Programa *Excel for Windows*, com as principais informações de cada um: título, autores, ano de publicação, tipo de trabalho, formato de publicação, objetivo, referencial teórico, método, resultados e conclusões. Cada estudo foi catalogado através de um código numérico.

Este corpo documental passou por uma leitura ainda mais criteriosa, a fim de extrair-se a temática principal. Uma vez realizado o levantamento temático, foi possível fazer uma categorização por linhas de convergência. A síntese dos dados foi realizada na forma descritiva e estes analisados a partir da análise temática, possibilitando ao leitor conhecer a literatura sobre o tema investigado, bem como a identificação de lacunas do conhecimento para o desenvolvimento de futuras pesquisas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Várias etapas se sucederam para selecionar os estudos que refletissem o estado da arte da temática desta pesquisa ⁽⁹⁾.

Foram encontradas no total 15.007 citações. Os resultados, segundo as bases de dados, que tiveram maior quantitativo de publicações relevantes foram: LILACS, com 6.457; MEDCARIB, com 154 e BEDENF, com 370 publicações.

Após refinamento, foram lidos 1.307 títulos e abstracts. Destes, noventa e oito (98) produções foram relevantes, das quais se efetuou a leitura do trabalho na íntegra. O foco da leitura esteve centrado no problema de pesquisa, metodologia e resultados. Cabe destacar que muitos destes trabalhos não descreviam a metodologia na sua totalidade. Por isso, foram critérios de exclusão neste momento: estudos com incompleta descrição da metodologia; editoriais; apresentações em conferências, fóruns, reuniões; boletins; artigos repetidos; resumos/relatórios de reuniões; estudos onde o foco principal não parecia ser a acessibilidade; e artigos publicados em outros idiomas que não os elegíveis no protocolo de pesquisa. Assim, foram selecionadas para este estudo sessenta (60) produções científicas.

Na base de dados LILACS foi localizado o maior número de produções (54), o que reforça a sua magnitude na área da Enfermagem e Saúde Coletiva. Quando comparado ao período de estudo, dez anos, destaca-se o número reduzido de publicações, sendo uma possível explicação o fato de o Sistema Único de Saúde (SUS) estar em fase de implementação e a discussão dos temas acessibilidade, envelhecimento e deficiência serem um tanto incipientes nesse processo.

Quanto ao ano de publicação, houve um incremento no número de produções entre 2004 e 2008, totalizando trinta e oito (38) publicações. Alguns aspectos podem justificar tal ocorrência, com destaque para: a reorganização dos sistemas locais de saúde; as mudanças nas modalidades de gestão municipal enfocando a descentralização e acessibilidade dos serviços de saúde; a criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência em 2002 e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa em 2006.

Nessa revisão, os periódicos com maior número de publicações por ordem decrescente foram: *American Journal of Public-Health* (7 produções), *Cadernos de Saúde Pública* (7 produções), *Caderno Médico de Sociologia* (5 produções), *Ciência e Saúde Coletiva* (4 produções), *Revista Paulista de Enfermagem* e *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (2 produções em cada).

Das sessenta (60) produções científicas, os resultados foram agrupados em três categorias discutidas a seguir.

Na categoria **A história da deficiência no Brasil** foram avaliados seis estudos, em que são apresentadas as discussões da questão da deficiência ao longo de sua evolução histórica, abrangendo seu contexto sociopolítico e econômico.

Verificou-se assim que, até a década de 1970, ao se abordar a questão da pessoa com deficiência, havia predomínio de um modelo de atenção essencialmente médico, no qual apenas as condições agudas eram contempladas. Esse modelo tornou-se insuficiente. A partir de 1970, foram estabelecidas diferenciações entre os conceitos de patologia, deficiência, limitações e incapacidade. Assim, até a década de 1980, era comum designar uma pessoa com deficiência como defeituosa, inválida, aleijada, dentre outras denominações. Após esse período, elas passam a ser denominadas como “pessoas deficientes”, aos poucos passando para “pessoas portadoras de deficiência” e, a partir dos anos 1990, “pessoas com deficiência”, nomenclatura que se mantém até os dias atuais.

Um marco histórico-sócio-político dessa evolução foi a declaração da Organização das Nações Unidas (ONU), que fixou 1981 como o ano Internacional da Pessoa Deficiente. A principal consequência disso foi a aprovação do Programa Mundial para Pessoas com Deficiências.

Em 1999, através do Decreto n° 3.298, instituiu-se a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Os princípios, as diretrizes e os objetivos dessa política tratam da ação governamental e das responsabilidades de cada setor, determinando à pessoa com deficiência acesso à saúde, à educação, à habilitação e à reabilitação profissionais, ao trabalho, à cultura, ao desporto, ao turismo e ao lazer. Além disso, define normas gerais de acessibilidade nos espaços físicos, nos transportes, na comunicação e informação e no que tange às ajudas técnicas ^(1b).

Em 2001 (Decreto n° 3.956 de 08/10/2001) foi estabelecida a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência ⁽¹⁾.

No Brasil, a partir de 2004, tais questões incitaram um maior número de estudos, tendo em vista que, em 2002, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência ⁽¹⁾.

Constata-se que o conceito de deficiência é diversificado e multifatorial. O que é ser incapaz? O que se entende por deficiência? Como esses conceitos interferem no cotidiano dos idosos, familiares e

dos profissionais de saúde? Percebe-se que essa conceituação continua marcada por concepções e práticas do passado que enfatizam a incapacidade e a anormalidade. Especificamente na área de saúde, os profissionais, ao buscarem conhecimentos sobre o tipo e grau da deficiência, obtêm diferentes classificações em relação a elas, tais como: mental, visual, auditiva, motora e múltipla. Dessa forma, limitam-se aos aspectos orgânicos e funcionais da deficiência, desconsiderando os fatores cultural, psicológico e socioeconômico em que essas pessoas estão inseridas.

Assim sendo, o dimensionamento da deficiência no Brasil é muito difícil em razão dos poucos dados e informações disponíveis no país. Portanto, ainda não se conhece claramente a realidade nacional nessa área.

Estudos apontam para a necessidade de definição do termo deficiência⁽¹¹⁾, bem como para a interpretação e discussão do que está por trás disso, ou seja, a política social e o discurso biomédico que ainda prevalece na área da saúde^(12,13).

Na categoria **Acessibilidade e inclusão social** foram avaliados trinta e um (31) estudos. Historicamente, o modelo social de deficiência, uma corrente político-teórica iniciada no Reino Unido nos anos 1960, provocou uma reviravolta nos modelos tradicionais de compreensão da deficiência ao retirar do indivíduo a origem da desigualdade e devolvê-la ao social. Nesse contexto, os aspectos que merecem destaque são o a inclusão social⁽¹¹⁾ e o exercício da cidadania das pessoas com deficiência, que podem significar a independência nas situações mais rotineiras de sua vida⁽¹⁴⁾.

Já a acessibilidade diz respeito 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 sociais⁽¹⁰⁾. Nos achados dos estudos selecionados, a acessibilidade esteve voltada mais para a questão das barreiras arquitetônicas e do planejamento urbanístico. Verificou-se que a presença dessas barreiras afeta a qualidade dos serviços prestados⁽¹⁵⁾ e que a legislação brasileira, apesar de contemplar essas questões, está sendo desrespeitada. Há que se considerar que a questão da acessibilidade transcende a questão das barreiras arquitetônicas. Ela inclui a acessibilidade de transporte, de informação e de comunicação, dentre outras.

De acordo com a legislação brasileira, toda pessoa tem direito ao acesso à saúde. No caso de pessoas com deficiências, a premissa deve ser a mesma, implicando, no entanto, o atendimento de determinadas

necessidades específicas. A acessibilidade compõe o conceito de cidadania, portanto todos devem igualmente ter seus direitos e deveres preservados ⁽¹⁾. Deve-se considerar que, mesmo tendo uma deficiência física, a pessoa poderá preservar sua autonomia, sendo capaz de tomar suas próprias decisões em relação à sua vida. Basta que para isso ela não seja excluída da sociedade.

No que se refere ao deslocamento aos serviços de saúde, as dificuldades vivenciadas por essas pessoas são inúmeras e reconhecidas pelo próprio Ministério da Saúde, quando este aponta que de 10% de pessoas com deficiência, apenas 2% recebem assistência à saúde ⁽¹⁶⁾.

Nesse contexto, a acessibilidade à saúde para a pessoa idosa com deficiência inclui um conjunto de estratégias e equipamentos integrados e vinculados no território. Deve contemplar práticas e cuidados que apontem desde as primeiras intervenções para processos de independência e inclusão social até a otimização dos atendimentos e resolutividade. As evidências convergem para a discussão da integração e da equiparação de oportunidades nos campos: saúde, trabalho, lazer e outros.

Conclui-se que o Brasil tem hoje um dos melhores conjuntos de leis voltadas para os direitos da pessoa com deficiência. No entanto, essas ainda precisam ser mais bem implementadas e fiscalizadas para que se possam construir ações conjuntas para prevenção de deficiências e facilitação da acessibilidade, o que possibilitará a verdadeira inclusão social dessas pessoas.

Na categoria **Deficiência e os idosos** foram avaliados vinte (20) estudos. Metade deles se refere à avaliação da capacidade funcional dos idosos, através da utilização de instrumentos e/ou escalas para a mensuração. Com base nestes, verificou-se que houve redução nas taxas de prevalência funcional de idosos ⁽¹⁷⁾, embora no Brasil isso varie, de acordo com os diversos grupos sociais.

O processo de envelhecimento acarreta progressivos problemas de saúde, que podem ser agravados sem o acesso fácil a bens e serviços de qualidade. A conquista da longevidade eleva a possibilidade de o idoso ser comprometido por doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) acarretando o declínio da capacidade funcional e dependência nas atividades do cotidiano ⁽¹⁸⁾. Algumas doenças são mais comuns em idosos e também causam um maior risco de comprometimento. A hipertensão arterial, por exemplo, é uma das causas mais importantes de morbidade e mortalidade, pela sua alta incidência e por constituir fator de risco para doença coronariana, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca e insuficiência renal.

O aumento dos idosos na população brasileira implica, então, em uma reorganização dos sistemas de saúde, bem como na implantação de novos modelos e métodos de cuidado. Evidências mostram que um dos estrangulamentos dos sistemas de saúde é a captação eficiente dos idosos que mais necessitam de cuidados, e no momento adequado ⁽¹⁹⁾.

Em um estudo realizado em quarenta e um (41) municípios brasileiros para avaliar as necessidades de saúde comuns aos idosos foram constatadas como variáveis que contribuíram para perda da efetividade do cuidado: a desproporção entre a população a ser cuidada e o número de trabalhadores disponíveis; as barreiras arquitetônicas; a pequena proporção de serviços com protocolos específicos para essa população; e a baixa oferta de serviços domiciliares ⁽²⁰⁾.

Ainda há que ressaltar que, geralmente, os locais de atendimento para essas pessoas são inacessíveis, superlotados e sem adequada infraestrutura. As ações de promoção e prevenção à saúde normalmente ficam restritas a algumas campanhas de vacinação. As tecnologias e o diagnóstico precoce comumente são destinados a poucos; além disso, há poucas vagas em relação à demanda para obtenção de próteses e órteses.

Isso quer dizer que a ausência e/ou ineficiência desses cuidados pode resultar numa possível condição de deficiência a esse idoso fragilizado. Assim, o sistema de saúde deve ser cada vez mais eficaz e resolutivo, buscando-se alternativas inovadoras para aplicá-lo na prática cotidiana. As políticas públicas precisam ser discutidas e reformuladas a fim de contemplar o idoso como prioridade de atenção.

CONCLUSÕES

Neste estudo, a análise da produção científica sobre a acessibilidade da pessoa idosa com deficiência física aos serviços de saúde na atenção básica permitiu-nos ter uma visão abrangente das temáticas que têm direcionado os estudos sobre esta questão tão importante na atualidade.

Verificou-se que artigos de diferentes cenários, sujeitos e metodologias demonstram semelhantes condições vivenciadas pelas pessoas com deficiências ao acessar os sistemas de saúde: apontam para a escassez de recursos de acesso ao sistema público de saúde e revelam o descaso do poder público. Isso se torna mais evidente nos casos de pessoas que têm baixas renda e escolaridade, estando diretamente relacionado aos fatores sociodemográficos, comportamentais e psicossociais.

Constatamos que ainda existem muitas lacunas a serem

preenchidas no que se refere ao desenvolvimento de estudos e pesquisas que possam repercutir em ações eficazes a essa clientela. Portanto, novos estudos são necessários para compreender como o idoso com deficiência física vive em determinado contexto, como ele percebe sua saúde, o que ele define como problema e que estratégias são necessárias para favorecer o seu acesso aos serviços de saúde na atenção básica. Além disso, ressalta-se a importância de investigar em que medida os serviços de saúde na atenção básica e as redes de apoio respondem às necessidades do idoso e como a sociedade contribui para sua integração.

Para os enfermeiros, o reduzido número de publicações pode ainda levar à percepção de que seus conhecimentos e o envolvimento com a problemática dos idosos que convivem com a deficiência física são limitados. Ainda há que se destacar a pouca ênfase às práticas de promoção à saúde e à prevenção de agravos destinados a essa clientela.

Outro debate pertinente seria acerca da conceituação do termo deficiência, para que este pudesse se constituir numa linguagem universal nas diferentes áreas de conhecimento e perante as políticas públicas.

Reiteramos a complexidade que envolve a deficiência física, o idoso, a acessibilidade e a proximidade com a área da saúde. Esta investigação possibilita confirmar o fato de que muitos estudos ainda têm seu foco num modelo de investigação centrado no “problema” da deficiência física nos idosos: uma visão biologicista e fragmentada desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br). Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência. Brasília, 2006.
2. Martins JJ, Silva RM, Nascimento ERP, Coelho FL, Schweitzer G; Silva RDM, et al. Idosos com necessidades de cuidado domiciliar. Rev enferm. 2008; 16(3): p. 319-25.
3. Martins JJ, Nascimento ERP, Erdmann AL, Candemil MC, Belaver GM. O cuidado no contexto domiciliar: o discurso de idoso-familiares e profissionais. Rev enferm. 2009; 17(4): p. 556-62.
4. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias:

discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad saúde pública*. 2002; 18(Supl): p.191-202.

5. Silvestre JA, Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad saúde pública*. 2003; 19(3): p.839-47.

6. Benefield LE. Implementing evidence-based practice in home care. *Home Health Nurse*. 2003; 21(12): p.804-11.

7. Flemming K, Briggs M. Eletronic searching to locate qualitative research: evaluation of three strategies. *J Adv Nurs*. 2007; 57(1): p.95-100.

8. Beyea SC, Nicoll LH. Writing an integrative review. *AORN J*. 1998; 67(4): p. 877-80.

9. Jones ML. Application of systematic review methods to qualitative research: practical issues. *J Adv Nurs*. 2004; 48(3): p. 271-8.

10. Ministério da Saúde (Br). Acessibilidade. Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência: Brasília, 2005.

11. Sasaki RK. Terminologia sobre deficiência na era da inclusão. *Rev nac Rehabil*. 2002; 24(5): p.6-9.

12. Rechineli A, Porto ETR, Moreira WW. Corpos deficientes, eficientes e diferentes: uma visão a partir da educação física. *Rev bras educ espec*. 2008; 14(2): p. 293-310.

13. Maciel CT. A modernidade e o mito da deficiência. Tese. 2008; 1(1): p.32-48.

14. França ISX, Pagliuca LMF, Baptista RS. Política de inclusão do portador de deficiência: possibilidades e limites. *Acta paul enferm.* 2008; 21(1): p. 112-6.

15. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad saúde pública.* 2004; 20(2): p.190-8.

16. Pagliuca LMF. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a serviços básicos de saúde. *Esc Anna Nery.* 2006; 10(3): p. 494-500.

17. Parahyba MI, Simões, CCS. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Cienc saúde colet.* 2006; 11(4): p. 967-74.

18. Aires M, Paes AA. Necessidades de cuidados aos idosos no domicílio no contexto da estratégia de saúde da família. *Rev gaúcha enferm.* 2008; 29(1): p.83-9.

19. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad saúde pública.* 2003; 19(3): p. 705-15.

20. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Cienc saúde coletiva.* 2006; 11(3): p. 657-67.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

*Outros podem fazer um grande trabalho, mas você tem a sua parte e ninguém, em todo o mundo, pode fazer isto tão bem quanto você.
(Autor Desconhecido)*

4.1 TIPO DE ESTUDO

Para o desenvolvimento deste estudo utilizou-se a abordagem qualitativa, do tipo descritivo. Empregou-se, como técnica para coleta de dados com os idosos, a entrevista semiestruturada, a observação não participante e o Minixame do Estado Mental – MEEM. Ao passo que, para coleta dos dados com os profissionais e gestores, foi utilizado um questionário específico para cada um.

A opção pelo método qualitativo ocorreu em virtude de abranger aspectos relacionados às experiências e às interações humanas. Além disso, a pesquisa qualitativa possibilitou a investigação de um universo ainda não muito estudado e que foi foco dessa pesquisa, qual seja: investigar o processo de viver do idoso com deficiência física quando este necessita dos serviços de saúde. Pretendeu-se, pois interpretar as percepções, relações, perspectivas, crenças, atitudes, histórias, enfim, as construções que se processam neste universo que permeia o cuidado ao idoso com deficiência física nos serviços de Atenção Primária à saúde.

A escolha pelo tipo de pesquisa descritiva se deu em função de se desejar descrever as características desse segmento da população, suas demandas como usuários do serviço de saúde, bem como estabelecer relações entre as suas percepções, as dos profissionais que os assistem e as dos gestores dos serviços de saúde (GIL, 2002). Outra justificativa para essa escolha é o desejo de se conhecer em profundidade o fenômeno que se pesquisou com vistas a poder ampliar o conhecimento na área, além de poder contribuir com subsídios para resignificação de conceitos, elaboração de propostas de planejamento de assistência a essa clientela e, talvez, transformações das relações e mudanças institucionais.

4.2 CENÁRIO DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Florianópolis e a escolha por este cenário se deu em virtude de a autora desenvolver ali suas atividades profissionais. Essa familiaridade instigou-a ainda mais a conhecer a realidade sobre a acessibilidade dos idosos com deficiência física a esse sistema de saúde.

Atualmente, o município possui quarenta e oito (48) Centros de Saúde distribuídos em cinco Distritos Sanitários de Saúde (DS) – subdivisões da Secretaria Municipal da Saúde para a regionalização da administração da assistência à saúde. São eles: DS Continente, Norte, Sul, Leste e Centro. A equipe de trabalho de cada DS é composta pelo coordenador e seus Assessores de: Atenção Básica (um), Média Complexidade (um), Logística (um), Vigilância Epidemiológica (um) e Vigilância Sanitária (doze fiscais). Eles supervisionam e gerenciam as atividades de saúde dos Centros de Saúde, Policlínicas e Unidades de Pronto Atendimento.

O quantitativo de Centros de Saúde por Distrito Sanitário (DS) é: cinco (05) Centros de Saúde no DS Centro, treze (13) Centros de Saúde no DS Sul, nove (09) centros de Saúde no DS Leste, dez (10) Centros de Saúde no DS Norte e onze (11) Centros de Saúde no DS Continente (Anexo F).

A Rede de Atenção em Saúde do Município é formada também por quatro (04) Policlínicas Municipais, duas (02) Unidades de Pronto Atendimento 24 horas, um (01) Centro de Controle de Zoonoses, uma (01) Farmácia Escola UFSC/PMF, um (01) Laboratório Municipal, um (01) Centro de Atenção Psicossocial, um (01) Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes, um (01) Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras drogas, uma (01) sede Central Administrativa e uma (01) sede de Vigilância em Saúde.

A Política Municipal adotada é a de Atenção à Saúde baseada na Estratégia de Saúde da Família (ESF), através da Portaria SS/GAB/nº283/2007. Os Centros de Saúde são a porta de entrada preferencial na rede municipal de saúde e orientam a atenção integral, o acesso e o seguimento nos demais níveis de atenção. Oferecem seus serviços à comunidade através das Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), que são compostas por um (01) Médico, um (01) Enfermeiro, dois (02) Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem, um (01) Dentista, um (01) Técnico de Higiene Dental e ou um (01) Auxiliar de Consultório Dentário e de cinco (05) a doze (12) Agentes Comunitários

de Saúde. Cada Centro de Saúde pode ter uma ou mais Equipes de Saúde da Família, de acordo com a densidade demográfica local e a classificação por áreas de interesse social.

As atividades das equipes de ESF compreendem o cadastramento familiar, consultas (médicas, de enfermagem e odontológicas), o atendimento de urgência para livre demanda, o acolhimento, visitas domiciliares, ações educativas na comunidade, atividades com grupos, participação na formação de recursos humanos na área da saúde da Rede Docente Assistencial e outros. Elas implementam ações de promoção, prevenção de agravos, recuperação, reabilitação e vigilância à saúde em seu território, executando as ações programáticas propostas pelo Ministério da Saúde.

Como suporte às equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), há, em cada DS, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que desenvolvem as ações de matriciamento. Em sua composição estão os profissionais de diferentes áreas, tais como: especialistas médicos (psiquiatras, ginecologistas, pediatras e outros), farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros.

Para a seleção do cenário da pesquisa, realizou-se um levantamento quantitativo de idosos com idade igual ou superior a sessenta (60) anos, por meio do Setor de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, por área e microárea de abrangência.

Para a realização dessa pesquisa, foram selecionados dois distritos sanitários de saúde assim localizados: no Continente e Sul da Ilha. A escolha por estas regiões se deu também em virtude das diferenças geográficas, sociais, epidemiológicas e culturais. Nesses distritos selecionou-se um centro de saúde em cada um, tendo como critério aqueles que apresentaram maior contingente de idosos. Assim, foram escolhidos o Centro de Saúde 1 (pertencente ao DS Continente) que possui em sua área de abrangência quinhentos e sessenta e cinco (565) idosos (7,44% da população total) e o Centro de Saúde 2 (pertencente ao DS Sul) que possui cento e vinte e seis (126) idosos (7,49% da população total) (IBGE, 2010).

4.3 SELEÇÃO DOS SUJEITOS

Atualmente, Florianópolis possui uma população de 421.240

(quatrocentos e vinte e um mil e duzentos e quarenta) residentes, sendo que a população acima de sessenta (60) anos totaliza 40.784 (quarenta mil, setecentos e oitenta e quatro) pessoas (9,68%) (IBGE, 2011).

Para o desenvolvimento do estudo, foram convidados a participar os idosos com deficiência(s) física(s) que utilizam os CS selecionados, os profissionais de Saúde destes Centros e os gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Nesse estudo, trabalhou-se com amostra intencional levando em consideração que a pesquisadora selecionou propositalmente os sujeitos entre os idosos usuários do serviço de saúde da área adscrita dos CS escolhidos. O mesmo aconteceu com relação aos profissionais e aos gestores. A *amostragem qualitativa ideal* (MINAYO, 2008) reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto estudado. Tal estratégia remete ao fato de que, na pesquisa qualitativa, há uma preocupação maior com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade do processo de compreensão do que está sendo pesquisado do que com a generalização.

Para representar **os idosos** foram convidados a participar todos os usuários residentes na área adscrita dos CS selecionados, de ambos os sexos, que tivessem deficiência(s) física(s) congênita(s) ou adquirida(s) há pelo menos um ano. Foram considerados como critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a sessenta (60) anos, ter ausência de alterações cognitivas e/ou mentais graves, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE E). Para a localização desses sujeitos, contou-se com a colaboração das equipes de Estratégia de Saúde da Família dos Centros de Saúde. Participaram do estudo dezoito (18) idosos.

Para representar os **profissionais de saúde** foram convidados a participar os médicos e enfermeiros que atuam nos Centros de Saúde em que foi realizada a pesquisa. Foram considerados como critérios de inclusão: estar vinculado à ESF, ocupar este cargo há mais de um (01) ano, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F). Foram selecionados quatro (04) médicos e quatro (04) enfermeiros. Esse quantitativo diz respeito ao número de equipes de ESF dos CS selecionados. A escolha por estas duas categorias profissionais se deu em virtude de participarem da composição mínima da ESF. Logo, acredita-se que estes possuam maior conhecimento da sua área de abrangência, em virtude das várias atividades que são exigidas e implementadas no cotidiano pela estratégia, principalmente a formação do vínculo entre a equipe e a população. Participaram do estudo três profissionais de saúde (um

médico e dois enfermeiros), uma vez que os demais não aceitaram participar.

Para representar os **gestores** foram convidados a participar os profissionais que atenderam os critérios de inclusão: ocupar cargo de gestor em qualquer nível da estrutura hierárquica (cargo de gerência, diretoria, assessoria, chefia de departamento ou coordenador local de saúde), estar neste cargo há mais de um (01) ano, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE G). Foram selecionados sete (07) gestores do nível central, houve recusa de um (01) gestor e outro estava em viagem de trabalho no período. Dos distritos sanitários foram convidados dez (10) gestores, onde todos participaram da pesquisa. E do nível local foram convidados dois (02) gestores, sendo que ambos aceitaram participar. Dessa forma, participaram do estudo dezessete (17) gestores.

Para resguardar o sigilo e o anonimato dos sujeitos da pesquisa, optou-se por identificá-los como usuário (U), para representar os idosos, e gestor (G) para representar os gestores em saúde. No que se refere aos gestores, para cada esfera de atuação utilizou-se uma especificação: L (gestor local), R (gestor regional) e C (gestor central); profissional (P) para representar os profissionais de saúde. Ainda foi atribuído um número a cada um, como apresentado nas tabelas a seguir.

Tabela 1 - Caracterização dos sujeitos (U)

Nº	Idade	Sexo	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	Renda Mensal	Benefícios Sociais
U1	74	M	casado	3º grau compl.	Engenheiro	11.000	aposentadoria
U2	72	F	solteira	1º grau compl.	Aux. de enfermagem	1.300	aposentadoria
U3	80	F	viúva	2º grau compl.	Professora	4.000	aposentadoria pensão
U4	87	M	casado	1º grau incompl.	Eletricista	1.160	aposentadoria
U5	67	F	casada	analfabeta	Empregada dom.	1.600	aposentadoria
U6	60	F	casada	2º grau incompl.	Do lar	4.000	aposentadoria
U7	86	F	viúva	1º grau compl.	Serviços gerais	1.000	aposentadoria
U8	85	F	viúva	2º grau compl.	Do lar	900	pensão
U9	79	F	casada	1º grau compl.	Do lar	1400	aposentadoria
U10	78	F	viúva	1º grau compl.	Costureira	1.500	aposentadoria pensão
U11	78	M	casado	1º grau compl.	Mestre de obras	1.300	aposentadoria
U12	69	M	casado	analfabeto	Lavrador	680	aposentadoria
U13	72	M	casado	1º grau compl.	Bombeiro	1.480	aposentadoria
U14	76	M	desquitado	analfabeto	Agricultor	500	aposentadoria
U15	85	F	viúva	analfabeta	Do lar	500	aposentadoria
U16	70	F	viúva	2º grau compl.	Professora	1.000	aposentadoria
U17	70	F	viúva	analfabeta	Do lar	500	aposentadoria
U18	81	F	solteira	2º grau compl.	Professora	900	aposentadoria

Fonte: dados coletados pela pesquisadora em seu trabalho de campo nos Centros 1 e 2.

Tabela 2 - Caracterização dos sujeitos (U) (continuação)

Nº	Nº de filhos	Tempo de moradia no end. (anos)	Reside com	Tipo de deficiência	Tempo de deficiência (anos)	Uso de acessórios
U1	4	5	esposa	adquirida	6	Cadeira de rodas Oxigenoterapia
U2	0	1	freiras	adquirida	59	Andador muletas
U3	7	30	filha	adquirida	18	Bengala
U4	2	1	esposa	adquirida	10	não
U5	2	16	esposo	adquirida	1	Cadeira de rodas
U6	3	22	esposo	adquirida	13	Bolsa nefrostomia
U7	6	30	filhos/neta/genro	adquirida	10	Muletas
U8	7	20	cuidadora	adquirida	6	Andador
U9	5	40	esposo/filho	adquirida	2	Andador/ cadeira banho/cadeira rodas
U10	1	28	filha	adquirida	5	Bengala
U11	5	5	esposa/filha/neto	adquirida	4	Cadeira de rodas
U12	3	69	esposa	adquirida	3	Cadeira de rodas/banho
U13	2	20	esposa	adquirida	16	Muletas
U14	6	30	sozinho	adquirida	8	não
U15	4	55	neto/namorada	adquirida	6	andador/cadeira banho/muletas
U16	3	22	sozinha	adquirida	2	cadeira rodas/banho/ andador/muletas
U17	0	64	enteadas/esposo/ netos	congenita	64	cadeira de rodas
U18	0	3	freiras	adquirida	78	não

Fonte: dados coletados pela pesquisadora em seu trabalho de campo nos CS 1 e 2.

Tabela 3 - Caracterização dos sujeitos de pesquisa (GR)

nº	Idade	Sexo	Estado Civil	Escolaridade/ Titulação	Profissão	Tempo na profissão (anos)	Tempo atuação no local (anos)	Tempo na SMS (anos)
GR1	38	F	divorciado	Mestre em Saúde Pública	Enfermeira	13	1	2
GR2	37	M	solteiro	Mestre (não específica área)	Médico	14	1	5
GR3	34	F	divorciada	Espec. Saúde Pública/ Mestranda Saúde Pública	Enfermeira	11	1	6
GR4	32	M	casado	Graduação	Enfermeiro	5	1	2
GR5	35	F	casada	Espec. Saúde da Família	Enfermeira	11	5	8
GR6	33	F	casada	Graduação	Psicóloga	3	3	14
GR7	53	F	casada	Graduação	Enfermeira	20	4	20
GR8	39	F	casada	Mestre Saúde Pública	Enfermeira	13	2	2
GR9	57	M	casado	Espec. em pediatria	Médico	30	8	18
GR10	28	F	casada	Espec. em Saúde Pública/epidemiologia Espec. Saúde Mental	Enfermeiro	5	1	2

Fonte: dados coletados pela pesquisadora em seu trabalho de campo nos CS 1 e 2.

Tabela 4 - Caracterização dos sujeitos de pesquisa (GC e GL)

nº	Idade	Sexo	Estado Civil	Escolaridade/ Titulação	Profissão	Tempo na profissão (anos)	Tempo atuação no local (anos)	Tempo no SMS (anos)
GC1	45	M	casado	Espec. Saúde da Família e Obstetrícia	Enfermeiro	22	3	18
GC2	36	M	casado	Espec. em Medicina da Família	Médico	11	3	6
GC3	33	M	união estável	Espec. em Medicina da Família	Médico	9	1	3
GC4	49	F	solteira	Espec. em Saúde Pública	Enfermeira	12	3	6
GC5	38	F	casada	Espec. em Gestão Pública	Enfermeira	11	3	6
GL1	37	F	divorciada	Graduação	Enfermeira	11	5	6
GL2	61	M	casado	Graduação	Dentista	34	32	33

Fonte: dados coletados pela pesquisadora em seu trabalho de campo nos CS 1 e 2.

Tabela 5 - Caracterização dos sujeitos de pesquisa (P)

nº	Idade	Sexo	Estado Civil	Escolaridade/ Titulação	Profissão	Tempo na profissão (anos)	Tempo atuação no local (anos)	Tempo no SMS (anos)
P1	26	F	solteira	Espec. em Gestão Pública Espec. em Saúde da Família	Enfermeira	3	3	3
P2	32	F	solteira	Graduação	Enfermeira	2	2	2
P3	58	M	casado	Graduação	Médico	27	9	9

Fonte: dados coletados pela pesquisadora em seu trabalho de campo nos CS 1 e 2.

4.4 COLETA DE DADOS

Para a elaboração dos instrumentos para coleta de dados, a pesquisadora contou com os conhecimentos adquiridos ao longo da revisão da literatura e de sua experiência profissional. O roteiro de entrevista utilizado era composto de duas partes: a primeira abrangeu variáveis que permitiram traçar o perfil socioeconômico e demográfico dos sujeitos pesquisados; a segunda parte contemplou questões sobre as particularidades do processo de acessibilidade de idosos com deficiência física a rede básica de saúde de Florianópolis.

Após a estruturação dos instrumentos, estes foram submetidos à apreciação de especialistas utilizando a técnica *Painel de Especialistas*. Trata-se de uma ferramenta com a qual se busca o consenso de opiniões de um grupo de especialistas acerca do tema em questão. Nesta técnica, parte-se do pressuposto de que o julgamento coletivo, quando organizado adequadamente, é melhor do que a opinião de um só indivíduo.

Nesse estudo, a proposta foi de consulta a estudiosos na área da geriatria, da gerontologia e da deficiência, nas mais variadas disciplinas e regiões do Brasil, os quais fizeram sugestões pertinentes ao instrumento de coleta de dados, a fim de aprimorá-lo e atender aos objetivos desta proposta. A seleção destes especialistas atendeu aos seguintes critérios: a) possuir doutorado ou pós-doutorado; b) participar de grupo de pesquisa; c) publicar trabalhos na área de conhecimento do idoso e/ou de temas relacionados à deficiência. Para cada especialista foi enviado um e-mail com uma carta-convite (Apêndice B) explicando o propósito do estudo, bem como solicitando sua contribuição para

avaliação e discussão dos instrumentos.

Cinco pessoas foram convidadas, no entanto, participaram do painel de especialistas três sujeitos, os quais contribuíram significativamente para o aprimoramento dos instrumentos de coleta de dados.

O roteiro de entrevista dos idosos (Apêndice C) possuía uma pergunta central, a qual possibilitou discorrer sobre o tema sem se prender a um roteiro fixo. Compreende-se que a utilização desse tipo de entrevista foi pertinente porque nenhuma interação para fins de pesquisa se coloca de forma totalmente aberta ou totalmente fechada, como salienta Minayo (2008). Além disso, conferiu ao informante mais espaço para responder sobre o que é mais importante para si. Foi realizado um teste piloto com dois idosos de diferentes níveis de escolaridade para testagem do roteiro de entrevista, a qual não necessitou de reformulações.

Além da entrevista, para a coleta de dados com os idosos utilizou-se o Miniexame do Estado Mental (MEEM) (Folstein et al., 1975) e a observação não participante.

O Miniexame do Estado Mental – MEEM (Anexo E) consiste num teste utilizado para uma avaliação rápida da capacidade cognitiva, além de ser um dos poucos testes adaptados para a população brasileira (BRASIL, 2007). Inclui onze (11) itens de avaliação, divididos em duas (02) seções, a fim de examinar a orientação temporal e espacial, a memória de curto prazo e a evocação, cálculo, praxia, além das habilidades de linguagem e visuo-espaciais.

A *observação não participante* foi utilizada como técnica para auxiliar na coleta dos dados, uma vez que a autora realizou-a nos locais escolhidos pelos próprios idosos, o que ocorreu nos domicílios, em seus locais de trabalho e em uma instituição religiosa. Esse tipo de observação consiste no acompanhamento dos fatos, em que o pesquisador apenas desenvolve o papel de observador (NEUMAN, 2006; AMAROZO et al., 2002).

A técnica de coleta de dados utilizada com os profissionais foi o questionário (Apêndice D). Esse foi desenvolvido pela pesquisadora e consistia, na primeira parte, de questões que permitiram traçar o perfil sociodemográfico dos trabalhadores; e, na segunda parte, de questões que abordassem as práticas realizadas ao assistir os idosos com deficiência física. Foi realizado um teste piloto com a aplicação do questionário para dois (02) profissionais, sendo um de cada categoria: médico e enfermeiro. Não houve necessidade de alterações no instrumento de coleta de dados.

O questionário utilizado para coleta de dados com os gestores foi desenvolvido pela pesquisadora e consistia, na primeira parte, de questões que permitiram traçar seu perfil sociodemográfico; e, na segunda parte, de questões relacionadas às percepções de acesso e planejamento da assistência aos idosos com deficiência física, no âmbito da atenção primária em saúde. Foi realizado um teste piloto com dois gestores, um de nível local e um de nível central, para a testagem do roteiro de entrevista. Não houve necessidade de modificações no questionário.

Todo o processo de coleta de dados foi realizado de junho a dezembro de 2010.

Para adentrar no campo de investigação dos **idosos**, apresentou-se a proposta para as equipes das áreas de abrangência dos CS. Discutiu-se qual seria a melhor estratégia para aproximação com os sujeitos em potencial para este estudo, pois se presumiu que esses tinham um maior conhecimento acerca dos idosos residentes em seu território.

Vale lembrar que não existem informações oficiais sobre o número de idosos com deficiência física nos centros de saúde, por isso, a autora elaborou um instrumento (Apêndice H) para que os ACS pudessem fazer a busca ativa desses sujeitos. Após, realizou-se contato telefônico com idoso e/ou familiar, agendando a visita domiciliar conforme a disponibilidade. Nesse momento, foi realizada a apresentação da pesquisadora e o convite para a participação na pesquisa, oferecendo-se ao idoso um tempo para pensar e, se quisesse, falar com sua família. Somente depois colheram-se as respostas finais, via telefone ou pessoalmente. No entanto, os sete idosos que não queriam participar do estudo, no primeiro contato já evidenciaram essa negação. Os demais aceitaram prontamente participar.

Mediante o aceite do idoso foi agendada a primeira entrevista, a qual foi realizada em local e horário indicado pelos participantes. No primeiro momento do encontro, a pesquisadora forneceu a explicação dos objetivos e da metodologia do estudo, solicitando a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A cada encontro foi explicado que poderia haver a necessidade de retornos para realização de novas entrevistas, de acordo com o processo de transcrição e análise das informações coletadas, conforme previsto no referencial teórico-metodológico, embora isso não tenha sido necessário. Os encontros tiveram uma duração de aproximadamente duas horas.

Antes de realizar a entrevista a pesquisadora aplicou o Miniexame do Estado Mental que permitiu o rastreamento e a seleção de idosos com perda cognitiva. Esse critério determinou a exclusão de

cinco idosos. A questão de como lidar com não respostas devido ao analfabetismo foi considerada, de modo a não incitar erros como o de criar um escore geral diferente, ou retirando esse item do sistema de escore. O ponto de corte é frequentemente ajustado para o nível educacional porque um único corte pode ocasionar a perda de casos entre pessoas de educação mais alta e gerar falsos positivos entre aqueles menos educados. Alguns autores já sugeriram que o corte vinte e quatro (24) mostrou-se excelente para pessoas com escolaridade acima de nove (9) anos, enquanto que o corte dezessete (17) foi ótimo para aqueles com menor escolaridade (MURDEN, 1991; FOLSTEIN, 1998). Um estudo finlandês também propôs um ponto de corte escalonado através das faixas etárias (YLIKOSKI et al., 1992). Por isso nessa pesquisa o ponto de corte utilizado foi de dezessete (17).

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas pela pesquisadora, cabendo também a ela a responsabilidade por organizar e armazenar os dados coletados, preservando os princípios éticos. Somente ela e sua orientadora tiveram acesso aos mesmos.

Para adentrar no campo de investigação dos **profissionais de saúde**, a autora apresentou a proposta de estudo nos Centros de Saúde onde foi desenvolvida a pesquisa. Mensalmente, os Centros de Saúde possuem um espaço de um turno onde realizam reunião de planejamento com a equipe de saúde. Utilizou-se esse espaço valioso e pertinente para a apresentação da proposta. Aos que aceitaram participar, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O questionário foi autoaplicável e, por isso, entregue aos profissionais com o agendamento de uma data para posterior recolhimento.

Para coleta de dados com os **gestores**, foi feito, pela pesquisadora, um contato inicial mediante convite pessoal ou através da Carta-Convite (Apêndice I). Esse primeiro contato teve por objetivo fazer a apresentação pessoal da pesquisadora, explicar a proposta do estudo, apresentar os objetivos e a metodologia. Já para a técnica de coleta de dados, foi utilizado o questionário (Apêndice J). Aos que aceitaram participar, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, posteriormente, foi feita a entrega do questionário autoaplicável, mediante agendamento de uma data para o recolhimento do instrumento preenchido.

Assim, a abordagem metodológica utilizada teve como objeto o discurso dos usuários (idosos), profissionais de saúde e gestores que produzem e recebem os cuidados em saúde na Atenção Primária.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados para análise foram extraídos das transcrições das fitas gravadas durante as entrevistas, das observações passivas e dos questionários. Utilizou-se, como técnica de análise, a Hermenêutica Dialética, que consiste na explicação e interpretação de um pensamento e trata da busca dos sentidos existentes na comunicação entre os seres humanos.

A união entre a hermenêutica e a dialética propicia uma reflexão acerca da realidade, pois objetiva a discussão do tema no seu elevado contexto. A escolha por esse método foi coerente com o objeto de estudo, uma vez que referencia a práxis.

Nesta pesquisa pretendi apreender os elementos presentes nas falas dos idosos, gestores e profissionais nas suas múltiplas dimensões. Dessa forma foi possível confrontar os diversos pontos de vista desses sujeitos, estabelecendo-se uma articulação entre os dados empíricos obtidos e o referencial teórico.

A análise hermenêutica dialética basicamente compreende duas fases, sendo a primeira exploratória, onde se busca a compreensão sócio-histórica e política do grupo social estudado. Na segunda fase, a interpretativa, busca-se a significação específica do grupo social e criação de categorias analíticas com retorno ao diálogo com os dados advindos da fase exploratória e do referencial teórico.

A matriz interpretativa crítico-reflexiva para o processo de análise foi baseado nos procedimentos propostos por Morreti-Pires e Campos (2011), conforme quadro descritivo que segue:

Tabela 6 - Quadro descritivo

Hermenêutica			Dialética		Síntese Hermenêutica Dialética
Legitimação	Interpretação	Saturação	Questionamentos emergentes	Dialética	Síntese e superação
Dado recortado (fala com maior significado dentro do material empírico acerca da intencionalidade da pesquisa e transformação social visada pelo pesquisador)	Interpretar o dado recortado, buscando a raiz do que está sendo dito	Indícios oriundos do material empírico; recorrência de significados no fenômeno pesquisado	Contextualização histórico-social e crítico-reflexiva da manifestação que emerge no fenômeno após a interpretação	Articular o produto com o processo com base na fundamentação teórica, na busca de contradições do fenômeno pesquisado	Fusão das principais interpretações do produto e do processo, dos questionamentos emergentes, dos silêncios (significados não explícitos, mas que permeiam o objeto) e das contradições sócio-históricas implicadas no fenômeno/interpretação. É importante ressaltar que nesta etapa o pesquisador deve ter em vista a melhora social do contexto investigado.

Fonte: Moretti-Pires e Campos (2011)

Esse método de análise, hermenêutico-dialético, está fundamentado no contexto das ciências sociais, pois se acredita que ele possibilita compreender e interpretar os discursos dos sujeitos selecionados – usuários, profissionais e gestores – sobre a acessibilidade dos idosos com deficiência física na Atenção Primária em saúde.

A opção metodológica deste trabalho foi a de elaborar, primeiro, uma interpretação hermenêutica da acessibilidade, tal como ela tem sido até hoje, para poder posteriormente estabelecer o reconhecimento crítico da condição na qual os usuários, profissionais e gestores estão inseridos. A grande contribuição da hermenêutica poderia se refletir sobre o já vivenciado/experenciado, visando a desconstruir os preconceitos e permitir novas escolhas para ambos. Minayo (2008) aponta este tipo de análise de dados como um instrumental que corresponde às dimensões e à dinâmica das relações numa pesquisa e que tem como objeto a saúde em suas variadas dimensões, dentre elas: relações, política, concepções e administrativa.

A partir desta análise, os resultados foram apresentados sob a forma de manuscritos, os quais serão apresentados no Capítulo 5.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Foram respeitados os critérios com relação à pesquisa envolvendo seres humanos, a partir da Resolução CNS 196/96. Assim, foi oportunizado aos sujeitos da pesquisa um conhecimento total dos propósitos e das atividades do estudo. Os informantes foram também esclarecidos sobre as questões do anonimato, do respeito e de sua proteção ao participar no estudo. Aos que aceitaram participar, foi solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Além destas considerações, em todas as etapas do processo a autora teve respeito em relação aos participantes, em querer ou não participar, bem como a desistência em qualquer momento.

O projeto foi submetido ao parecer da SMS de Florianópolis, sendo aprovado, e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina CEP/UFSC sendo aprovado pelo protocolo nº 695 de 26/04/2010 (Anexo G).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados dessa tese são apresentados sob o formato de dois manuscritos. O primeiro deles, intitulado *Acessibilidade de idosos com deficiência física na atenção primária* teve como objetivo investigar a acessibilidade de idosos com deficiência física aos serviços de saúde na Atenção Primária na perspectiva destes usuários, na dos profissionais de saúde e na dos gestores. Dessa forma foi possível investigar as barreiras de acesso aos serviços de saúde enfrentados pelos idosos, de acordo com as concepções destes, dos profissionais que os atendem e dos gestores que organizam esse sistema de saúde.

O segundo manuscrito, intitulado *Perspectivas da deficiência física no envelhecimento* teve como objetivo investigar a percepção de idosos, gestores e profissionais de saúde sobre as perspectivas da deficiência física no envelhecimento. Assim, buscou-se conhecer os significados atribuídos por esses atores sociais especialmente no que se refere às suas experiências relacionadas ao acesso e acessibilidade.

Para a melhor compreensão das terminologias *acesso* e *acessibilidade*, nesse contexto, cumpre salientar que o acesso caracterizou-se por um conjunto de circunstâncias que permitem a entrada do usuário, nesse caso, o idoso, na rede de serviços em seus diferentes níveis de complexidade e suas modalidades de atendimento, apesar desse estudo ter seu foco na Atenção Primária. Já a *acessibilidade* é a relação existente entre as necessidades e aspirações da população em termos de ‘ações de saúde’ e a oferta de recursos para satisfazê-las.

5.1 MANUSCRITO 1: ACESSIBILIDADE DE IDOSOS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Acessibilidade de idosos com deficiência física na atenção primária

Accessibility for the elderly with physical disabilities in primary care

La accesibilidad para las personas mayores con discapacidad física en atención primaria

Juliana Balbinot Reis Girondi
Silvia Maria Azevedo dos Santos

RESUMO: Estudo qualitativo de caráter descritivo, com o objetivo de investigar a acessibilidade de idosos com deficiência física aos serviços de saúde na atenção primária na perspectiva destes usuários, na dos profissionais de saúde e na dos gestores. Foram realizadas dezoito (18) entrevistas com os idosos por meio de roteiro semiestruturado e aplicação de questionários a dezessete (17) gestores e três (03) profissionais de saúde entre junho e dezembro de 2010. Para análise dos dados utilizou-se a hermenêutica dialética, emergindo as categorias: Serviços, sistema e política de saúde: desafios e contradições; Atendimento das necessidades de saúde dos idosos com deficiência física: discursos e práticas; Barreiras de acessibilidade: obstáculos para a assistência ao idoso. Essas duas situações – ser idoso e ter uma deficiência – por si mesmas já constituem situações de vulnerabilidade. As fragilidades ainda existentes no atendimento ao idoso com deficiência física na atenção primária contrariam os princípios do Sistema Único de Saúde, quais sejam: universalidade, equidade e integralidade.

Palavras-chave: idoso; pessoa com deficiência; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: A qualitative study was descriptive in order to investigate the accessibility of elderly people with physical disabilities to health services in primary care, in view of them, health professionals and managers. 18 interviews were conducted with the elderly through semi-structured script, and questionnaires to 17 managers and 03 health professionals from June to December 2010. Data analysis used the hermeneutic dialectic, emerging categories: services, systems and health policy: challenges and contradictions, meeting the needs of the elderly with physical disabilities: discourses and practices of accessibility barriers: obstacles to care the elderly. These two situations - being old

and have a disability - in itself constitute vulnerabilities. Weaknesses for the care of the elderly with physical disabilities in primary counter to the principles of the Health System of universality, equity and integrity.

Key words: elderly; disabled person; the Unified Health System.

RESUMEN: Un estudio cualitativo y descriptivo con el fin de investigar la accesibilidad de las personas mayores con discapacidades físicas a los servicios de salud en atención primaria, a la vista de ellos, profesionales de la salud y los gerentes. 18 se realizaron entrevistas con las personas mayores a través de semi-estructurado guión, y cuestionarios a 17 directivos y 03 profesionales de la salud, de junio a diciembre de 2010. Análisis de los datos utilizados la dialéctica hermenéutica, las nuevas categorías: servicios, sistemas y políticas de salud: retos y contradicciones, satisfacer las necesidades de las personas mayores con discapacidades físicas: discursos y prácticas de las barreras de accesibilidad: los obstáculos a la asistencia las personas mayores. Estas dos situaciones - de ser viejo y tener una discapacidad - constituye en sí misma vulnerabilidad. Debilidades para el cuidado de los ancianos con discapacidad física en contra de los principios primarios del Sistema de Salud de universalidad, equidad e integridad.

Palabras clave: persona de edad avanzada; personas con discapacidad; el Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

A saúde é entendida em um sentido mais abrangente no Sistema Nacional de Saúde – SUS - como sendo o resultado das condições básicas de vida, da liberdade de expressão e da garantia de acesso aos serviços de saúde. Por isso, o objetivo dos serviços de saúde deve ser o de atender o indivíduo como um ser integral, holístico, o qual está submetido às mais diversas situações de vida.

O SUS segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. Apesar de ser regida pelos mesmos princípios e diretrizes, a forma de organização do sistema de atenção à saúde no território brasileiro é diferenciada. Estes critérios, associados às desigualdades sociais e regionais no país, podem levar às situações de iniquidades.

Ao mesmo tempo em que se regulamentou o SUS, o Brasil vem constantemente aperfeiçoando-se para lidar com a questão crescente do

envelhecimento populacional. No campo da legislação brasileira, por exemplo, respalda-se bem essa questão. Mas na prática, verifica-se que a implementação da atenção à saúde do idoso ainda não está a contento.

Nesse contexto, a população do município de Florianópolis acompanha o cenário nacional quanto ao aumento da expectativa de vida e à ampliação da longevidade, verificando-se, assim, uma tendência ao crescimento do número de idosos no total da população.

Frente ao exposto, o planejamento da atenção à saúde deve levar em consideração a importância das informações acerca das condições de saúde da população idosa e suas demandas por serviços de saúde, bem como as desigualdades associadas a essas condições. A análise da situação de saúde é fundamental para orientar a tomada de decisão dos gestores à medida que traz evidências relevantes para a elucidação de pontos essenciais à ação. É com base nestas avaliações que importantes questionamentos a quem formula, planeja, executa e, principalmente, financia os serviços de saúde poderão ser realizados (MENDES, 2001).

O reconhecimento da atenção à saúde da pessoa idosa com deficiência física no sistema de saúde é o objeto da presente proposta, tomando-se como universo de estudo seu desenvolvimento em Florianópolis. Essas duas situações – ser idoso e ter uma deficiência – por si mesmas já constituem situações de vulnerabilidade. Ainda há que se considerar que na esfera municipal não há registros de estudos e pesquisas oficiais voltados para esta área. Por não se conhecer quem são estas pessoas, onde vivem, suas demandas e anseios, não se cria a possibilidade de desenvolvimento de ações de saúde na sua totalidade voltadas a esta população.

A acessibilidade sugere a liberdade de escolha ou a opção individual de relacionar-se com o ambiente e a vida (COVAS et al., 2003). Essa acessibilidade proporciona a equiparação de oportunidades, gerando autonomia, liberdade e individualidade às pessoas. Por essa ótica, a atenção à saúde do idoso deveria abranger aspectos muito mais profundos do que apenas a postergação da doença ou formas de evitá-la, relacionando-se ao princípio da universalidade.

No âmbito da saúde, o acesso é o grau de facilidade com que as pessoas recebem os cuidados de saúde. Percebe-se que inúmeras são as barreiras que as pessoas comprometidas com deficiências físicas tendem a enfrentar no seu cotidiano. Nessa perspectiva, a atenção integral à saúde da pessoa idosa com deficiência física compreende o acolhimento deste usuário em suas necessidades de saúde por meio de ações de promoção, de prevenção, de assistência, de reabilitação e de manutenção da saúde de forma acessível.

Dessa forma, compartilhar e compreender a singularidade do idoso com deficiência amplia o universo de cuidado dispensado a estes, de forma a torná-lo individualizado, planejado, ético e acessível.

Por isso este estudo teve por objetivo investigar a acessibilidade de idosos com deficiência física aos serviços de saúde na Atenção Primária, na perspectiva destes usuários, na dos profissionais de saúde e na dos gestores.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo descritivo, realizado em Florianópolis. Esse município possui uma população de 421.240 residentes, sendo que a população acima de sessenta (60) anos totaliza 48.423 pessoas (11,5%) (IBGE, 2010). Atualmente, possui quarenta e oito (48) Centros de Saúde distribuídos em cinco Distritos Sanitários de Saúde (DS) – subdivisões da Secretaria Municipal da Saúde para a regionalização da administração da assistência à saúde.

Para a seleção do cenário da pesquisa, realizou-se um levantamento quantitativo de idosos com idade igual ou superior a sessenta (60) anos, por meio do Setor de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis por área e microárea de abrangência. Foram selecionados dois distritos sanitários de saúde assim localizados: no Continente e no Sul da Ilha. A escolha por estas regiões se deu em virtude das diferenças geográficas, sociais, epidemiológicas e culturais. Nesses distritos, selecionou-se um Centro de Saúde em cada um, tomando-se como critério de escolha os que apresentaram maior contingente de idosos. Assim, foram escolhidos o Centro de Saúde 1 (CS1) - pertencente ao DS Continente -, que possui em sua área de abrangência 565 idosos (7,44% da população total) e o Centro de Saúde 2 (CS2) - pertencente ao DS Sul -, que possui 126 idosos (7,49% da população total).

Para o desenvolvimento do estudo foram convidados a participar os idosos com deficiência (as) física(s) que utilizam os CS selecionados, os profissionais de Saúde destes Centros de Saúde e os gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Para representar os **idosos** foram convidados a participar os usuários com idade igual ou superior a sessenta (60) anos residentes na área adscrita dos CS selecionados, de ambos os sexos, que: tivessem deficiência(s) física(s) congênita(s) ou adquirida(s) há pelo menos um ano, ausência de alterações cognitivas e/ou mentais graves, aceitassem

participar da pesquisa e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a localização dos sujeitos realizou-se busca ativa pelos agentes comunitários de saúde (ACS) mediante um instrumento elaborado por uma das autoras desse artigo. Por conseguinte, o ACS agendou visita domiciliar para o primeiro contato. Participaram do estudo dezoito (18) idosos.

Para representar os **profissionais de saúde** foram convidados a participar os médicos e enfermeiros que atuam nos Centros de Saúde onde estava sendo realizada a pesquisa. Foram critérios de inclusão: estar vinculado a ESF, ocupar este cargo há mais de um ano, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A escolha por estas duas categorias profissionais se deu em virtude de participarem da composição mínima da ESF. Participaram três profissionais, sendo duas enfermeiras e um médico. Os outros cinco profissionais de saúde não aceitaram participar do estudo.

Para representar os **gestores** foram convidados a participar os que: ocupam cargo de gestor em qualquer nível da estrutura hierárquica (cargo de gerência, diretoria, assessoria, chefia de departamento ou coordenadoria local de saúde), estejam nesse cargo há mais de um ano, aceitem participar da pesquisa e assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Participaram dezessete gestores.

Para a coleta dos dados com **os idosos** foram utilizadas as seguintes técnicas: a aplicação da Escala de Avaliação Cognitiva, através do Miniexame do Estado Mental (MEM); a entrevista semi-estruturada e a observação passiva.

O Miniexame do Estado Mental foi utilizado para o rastreio e a seleção de idosos com perda cognitiva para incluí-los, ou não, no estudo em questão. O roteiro de entrevista foi desenvolvido pela pesquisadora, sendo composto de duas partes: a primeira abrangeu variáveis que permitiram traçar o perfil socioeconômico e demográfico dos sujeitos pesquisados; a segunda parte contemplou questões sobre as particularidades do processo de deficiência e de envelhecimento dos idosos. Foi feito um teste piloto com dois idosos com diferentes níveis de escolaridade para testagem do roteiro de entrevista. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas pela pesquisadora, cabendo também a ela a responsabilidade de organizar e armazenar os dados coletados, preservando os princípios éticos.

Para coleta de dados dos **gestores e profissionais de saúde** utilizou-se um questionário desenvolvido pela pesquisadora. Este continha, na primeira parte, questões que permitiram traçar o perfil sociodemográfico dos gestores; e, na segunda, questões relacionadas ao

processo de deficiência e envelhecimento, bem como sua relação com o planejamento da assistência aos idosos com deficiência física no âmbito da atenção básica em saúde. O questionário era autoaplicável e, por isso, foi feita a sua entrega aos participantes com o agendamento de uma data para o posterior recolhimento. Foi realizado um teste piloto com dois gestores e dois profissionais de saúde (um médico e uma enfermeira) para a testagem do instrumento.

Para resguardar o sigilo e o anonimato dos sujeitos da pesquisa, optou-se por identificá-los como usuário (U), para representar os idosos, e gestor (G) para representar os gestores em saúde. No que se refere aos gestores, para cada esfera de atuação utilizou-se uma especificação: L (gestor local), R (gestor regional) e C (gestor central); profissional (P) para representar os profissionais de saúde.

Como técnica de análise, utilizou-se a hermenêutica dialética, que consiste na explicação e interpretação de um pensamento e trata da busca dos sentidos existentes na comunicação entre os seres humanos (MINAYO, 2008). A escolha por esse método de análise se deu em virtude da crença de que este possibilitou compreender e interpretar os discursos dos sujeitos selecionados – usuários, profissionais e gestores – sobre as perspectivas da deficiência física no envelhecimento.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina - CEP/UFSC, sob protocolo nº 695/10 e pela instituição em estudo.

RESULTADOS

Analisando a população idosa estudada, verificou-se que a média de idade foi de setenta e seis anos, de modo que a menor idade era sessenta anos e a maior, oitenta e sete anos. Em relação ao gênero houve prevalência do sexo feminino, sendo doze mulheres e seis homens. A média de escolaridade dos entrevistados foi de 2,3 anos de estudo, sendo três o mínimo de anos de estudo referido e onze o máximo, ao passo que 28% eram analfabetos.

A renda familiar mensal média oscilou entre um e três salários mínimos (doze idosos) na época de realização deste estudo. A renda mínima encontrada foi de R\$ 500,00 e a máxima de R\$ 11.000,00. Quanto ao estado civil, houve a prevalência de casados, representados por oito idosos, seguida de viúvos. Em relação à composição familiar, houve maior distribuição de idosos que residem com o cônjuge (seis idosos), seguido por aqueles que residem com cônjuge e filhos (três idosos).

Em relação aos gestores: cinco eram de nível central, dez de nível regional e dois de nível local. A média de idade foi de trinta e oito anos sendo vinte e oito a menor idade e sessenta e um a maior. Em relação ao gênero, houve prevalência do sexo feminino, sendo dez mulheres e sete homens. Quanto à escolaridade, cinco possuíam somente graduação, três, mestrado e nove, especialização. A categoria profissional de maior destaque foi a de enfermeiros, seguida por médicos, psicólogo e dentista. O tempo de atuação profissional foi de treze anos. O tempo de trabalho na instituição foi de 8,7 anos e na ocupação do cargo atual foi de 4,2 anos.

De modo geral, os gestores evidenciam as limitações para a implementação das diretrizes da Atenção Primária a Saúde no cotidiano do atendimento ao idoso com deficiência física ao evidenciarem que os serviços na atenção primária não estão estruturados o suficiente para atender esse idoso na sua integralidade, como pode ser observado nas emissões abaixo:

Percebo que não existe uma uniformidade no atendimento ao idoso com deficiência em todo o Município de Florianópolis, alguns Centros de Saúde apresentam uma maior facilidade no atendimento e outros menos. (GC3).

Há uma indefinição dos fluxos de acesso a órteses e próteses, que também poderia ser um papel facilitador da atenção primária à saúde. (GC3).

A operacionalização desse acesso não está totalmente incorporada, tanto em processo de trabalho, quanto em estrutura física, recursos humanos, insumos e outros. (GR3).

Já avaliando a identificação dos profissionais de saúde, observou-se que um era médico e dois eram enfermeiros. A média de idade foi de 38,6 anos, sendo vinte e seis (26) a menor idade e cinquenta e oito (58) a maior. Em relação ao gênero, houve prevalência do sexo feminino, sendo duas mulheres e um homem. Quanto à escolaridade somente um possuía especialização, os demais, apenas graduação. O tempo de atuação profissional foi de 10,6 anos. O tempo de trabalho na instituição e na ocupação do cargo atual foi de cinco anos.

A partir da análise dos dados, realizada com base na hermenêutica dialética, emergiram três categorias: *As Políticas*

Públicas, o Sistema e os Serviços de Saúde: desafios e contradições; Atendimento das necessidades de saúde de idosos com deficiência física: discursos e práticas; Barreiras de Acessibilidade: obstáculos para a assistência ao idoso.

Essas categorias representam o significado atribuído pelos idosos às experiências de acesso e às barreiras de acessibilidade que eles encontram ao procurar pelos serviços de saúde na atenção primária, bem como as percepções dos gestores e profissionais de saúde sobre a acessibilidade desses idosos ao referido sistema.

DISCUSSÃO

É importante uma reflexão sobre as questões de acessibilidade, principalmente quando se pretende estudar acerca do idoso que possui deficiência física. Essas duas situações – ser idoso e ter uma deficiência – por si já constituem situações de vulnerabilidade. O aumento de doenças crônico-degenerativas e suas sequelas, muito comum entre idosos, ampliam o desafio de cuidar dessa clientela por conta da dependência funcional (CHAIMOVICTZ, 1997). Neste contexto, um sistema público de saúde, alicerçado por adequadas políticas públicas, é essencial para garantir a saúde dos idosos com deficiência. Essas ações devem ser implementadas como forma de reduzir as desigualdades e/ou iniquidades.

Nesse estudo, a acessibilidade aos serviços de saúde na atenção primária representa os desafios, as contradições e a forma como as Políticas Públicas, o Sistema e os Serviços de Saúde estão configurados, bem como suas interfaces, para o atendimento a esse idoso. Refletir sobre essas questões evidencia a necessidade de se buscar um novo olhar para a saúde do idoso com deficiência física.

As Políticas Públicas, o Sistema e os Serviços de Saúde: desafios e contradições

Essa categoria compreende os serviços de saúde na atenção primária de acordo com os princípios do SUS, abrangendo as questões relacionadas aos processos de trabalho, a implementação das Políticas Públicas de Saúde, a avaliação de planos/programas e as tecnologias utilizadas na atenção à saúde dos idosos com deficiência física.

Toda política pública acontece na prática, através de uma agenda de compromissos em que metas são estabelecidas e pactuadas de acordo com a responsabilidade governamental de cada esfera de atuação. No entanto, é essencial os contínuos monitoramento e avaliação dessas

políticas por seus atores sociais. Esses atores compreendem os representantes da comunidade, os profissionais de saúde e os gestores do sistema de saúde. A proximidade dos atores sociais com as demandas da comunidade deve acontecer preferencialmente na porta de entrada do sistema público de saúde, ou seja, na atenção básica.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi definida pelo Ministério da Saúde como estratégia para organização da Atenção Básica, é neste cenário que se pode verificar e discutir sobre a real aplicabilidade e utilidade de uma dada política pública de saúde. Logo, a Atenção Básica em Saúde tem como um dos seus fundamentos *possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade*, reafirmando os princípios básicos do SUS (BRASIL, 2006).

Dessa forma, percebe-se que nos processos de trabalho e nos fluxos de atendimento a própria Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa não está devidamente incorporada pelos gestores. Logo, essa dificuldade perpassa o grau de competência dos profissionais de saúde, o que reforça a necessidade de efetivação da Política supracitada.

Ignoro completamente como se dá o atendimento de idosos com deficiência física na rede básica. (GR2).

Não sei se todas as unidades têm cadeiras de rodas ou rampas. (GC3).

Apenas um gestor apontou positivamente para a forma de estruturação desse atendimento, apesar de o município não possuir nenhum tipo de programa específico de atenção à saúde da pessoa idosa com deficiência.

A política de atenção à saúde do idoso, bem como a atenção ao portador de deficiência física são eixos fundamentais na política de atenção primária do Ministério da Saúde e do município de Florianópolis. (GC2).

Ainda que esse gestor demonstre essa clareza quanto às políticas públicas o mesmo não foi evidenciado na fala dos demais informantes, sejam eles gestores ou profissionais, o que evidenciou que as diretrizes e princípios para nortear as ações voltadas a esse grupo populacional ainda não estão claras e disseminadas o suficiente. Para que a Secretaria Municipal de Saúde possa desenvolver um plano de ações integradas,

exigindo-se construir primeiramente uma Política Municipal de Atenção à Pessoa com Deficiência.

Ao longo dos anos, a legislação nacional foi sendo aprimorada através de leis, portarias e decretos a fim de efetivar a Política Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência Física. Apesar de o Brasil ser um dos poucos países no mundo a ter uma legislação específica para estas pessoas, ainda se verifica que elas estão bastante excluídas da sociedade (RESENDE; VITAL, 2008). Percebe-se que, no âmbito da deficiência em idosos, a discussão ainda é bastante incipiente: através de novos estudos e de ações comunitárias, dentre outras ações, é que a história desses idosos será escrita.

É importante ter conhecimentos acerca das políticas de saúde voltadas ao idoso, visto que a sua deficiência pode representar a falta de assistência adequada aos indivíduos desta faixa etária. No entanto, pode-se perceber que, apesar de estarem organizadas na forma da Lei, as questões relativas à implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa não ocorre de forma efetiva em todo o território Nacional. Muitos gestores estaduais e municipais, mesmo tendo conhecimento das implicações legais decorrentes, ainda não implementaram eficazmente as diretrizes propostas, deixando de cumprir com seu papel social frente à população idosa.

Esse achado vem ao encontro ao evidenciado por vários estudiosos (LIMA-COSTA, 2003; SCHOENENBERGER; STUCK, 2006) quando eles afirmam que o envelhecimento populacional é um fato incontestável, bem como o despreparo da saúde pública mundial para atender às demandas desse segmento da população. O aumento da longevidade e o crescente número de idosos exigem que a sociedade se prepare não apenas com políticas públicas sociais e de saúde, mas com ações capazes de garantir-lhes os direitos de cidadania.

Além das taxas crescentes de envelhecimento, é importante considerar que este grupo não é homogêneo e apresenta indivíduos que se diferenciam pelas condições socioeconômicas, culturais e de saúde, o que exige uma atenção mais acurada. Há que se considerar, por exemplo, que uma proporção significativa desta população vive sozinha. Atrair esta constatação a toda configuração estrutural das famílias nos tempos atuais incita ainda mais à reflexão e à preocupação com este novo cenário que se apresenta. Isso remete ao fato de que profissionais de saúde, gestores do sistema público de saúde e a sociedade como um todo devem despertar para a necessidade de desenvolvimento de novas estratégias para cuidar destes idosos.

Nesse estudo, os gestores e profissionais de saúde apontam para

algumas estratégias que vêm sendo adotadas, mesmo que incipientes: a utilização da deficiência como um marcador de saúde; o atendimento interdisciplinar respaldado pelas equipes dos Núcleos de Apoio às Estratégias de Saúde da Família (NASF); o acolhimento do idoso e seus familiares; o acompanhamento sistemático e o monitoramento realizado pelas equipes de ESF.

A proposta de construção de uma rede de atenção à saúde da pessoa idosa com deficiência física inclui um conjunto de estratégias e equipamentos integrados e vinculados no território. Práticas e cuidados que apontem desde as primeiras intervenções para processos de independência e de inclusão social da pessoa com deficiência na sua comunidade devem ser introduzidas e difundidas. Além disso, a rede de cuidados deve dispor de serviços com níveis de complexidade diferenciados - atenção primária, média e alta complexidade - para a otimização dos atendimentos e resolutividade.

A vinculação dos serviços no território, a prática do acolhimento nos Centros de Saúde, o fortalecimento do trabalho transdisciplinar e intersetorial, o matriciamento, a abordagem adequada às condições específicas das deficiências em todas as intervenções de saúde são exemplos de ações que devem ser articuladas para garantir essa rede de cuidados. A precocidade na detecção e a intervenção em relação a deficiências constituem pontos importantes no perfil do atendimento que se deseja construir para estes idosos. Mas, ainda há muito a desenvolver, pois, além dos tratamentos específicos relativos à deficiência, estas pessoas são acometidas de doenças e agravos comuns às demais pessoas e precisam ter acesso a todos os outros tipos de serviços sem qualquer tipo de barreira, seja física, de informação ou de conhecimento.

Por si só estas ações e estratégias apontam para mudanças muito favoráveis em relação às necessidades das pessoas com deficiência no que se refere aos processos de equiparação de oportunidades, inclusão, adequação dos recursos humano-físicos e acessibilidade desde a atenção básica até os serviços de maior complexidade. Na raiz dessa nova abordagem está a perspectiva da inclusão social, entendida como “[...] o processo pelo qual a sociedade se adapta para incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade” (SASSAKI, 1997; IBGE, 2010). A pessoa tem que viver em um ambiente que não lhe restrinja a mobilidade, a comunicação e o acesso à informação para que ela possa fazê-lo plenamente apesar de possuir uma diversidade – a deficiência – muito embora não devendo ser considerada incapaz.

Atendimento das necessidades de saúde dos idosos com deficiência física

Essa categoria emerge a partir da efetiva oferta de serviços básicos de saúde e sua utilização por idosos com deficiência física. Suas características abrangem o acolhimento, o acesso, a promoção, a proteção e a reabilitação da saúde, respeitando as limitações e necessidades desses idosos de acordo com suas especificidades.

A atenção primária deve ser este cenário de vivências, experiências, construções e ressignificações e é nesse sistema de cuidados que o idoso com deficiência física está inserido. Por isso, esse deve ser um importante espaço em que a acessibilidade para o idoso com deficiência signifique estar em interação com o mundo onde ele vive, mesmo que isso implique, para os profissionais da saúde, em percebê-lo de forma diferente da habitual, como por exemplo, andando por meio de cadeira de rodas e expressando-se através de leitura labial.

É através da acessibilidade que esse idoso poderá não apenas atender suas demandas de saúde, mas também interagir com outras pessoas, participar de programas de educação em saúde e aprender mais sobre o cuidado de si.

Em relação ao atendimento, constatou-se que a opinião entre os idosos oscilou entre considerar que o serviço na atenção primária satisfaz suas necessidades de saúde ou que o serviço os atende parcialmente. Pareceu evidente que aqueles idosos que discorrem sobre suas percepções do serviço como sendo positivas, indiretamente associavam-no às pessoas que o estavam desempenhando, ou seja, avaliavam o serviço pela perspectiva das relações interpessoais. Dessa forma, mesmo não tendo suas necessidades atendidas, consideravam o atendimento adequado, conforme trechos dos depoimentos abaixo.

[...] Quando o Dr X está é tudo mais fácil. Não tenho que pegar fila [...]. (U5).

[...] Com a Z da recepção eu consigo marcar todos os meus exames, quando não é ela nada dá certo [...]. (U3).

Os idosos que consideravam que os serviços na atenção primária não atendiam às suas necessidades de saúde sentiam-se pouco valorizados pelo sistema, logo, desrespeitados em sua condição de cidadão. O apoio da rede de suporte em saúde é essencial para esse enfrentamento e para a manutenção da qualidade de vida dos idosos com

deficiência física.

[...] O atendimento não é bom e está sempre cheio, nunca tem vaga quando preciso. [...]. (U14).

[...] Eu sempre espero para ver se consigo atendimento no posto. Depois de esperar meses daí não dá mais para esperar, não vou morrer...daí eu procuro fora [...]. (U11).

[...] Esses dias eu falei com um japonês e ele me contou que lá no Japão os idosos não gastam um tostão para os remédios, óculos...o governo dá tudo. E aqui é assim...a gente trabalha a vida inteira, contribuindo para a sociedade e depois nada! Para mim é muito difícil aceitar tudo isso [...]. (U11).

O que parece perturbar nos contatos com pessoas com deficiência é o fato de não sabermos lidar com elas (SILVA, 2006). E, muitas vezes essas pessoas até aceitam encaminhamentos que negam suas possibilidades de escolha e atuação.

Cotidianamente os idosos têm convivido com a falta de assistência médica e escassas atividades de lazer, além das angústias relacionadas aos baixos valores das aposentadorias e das pensões (VERAS, 2009). Assim, é necessário refletir e trabalhar com idosos com deficiência física não apenas com determinadas condições de saúde/doença, mas também como sendo estas originadas pelo contexto social/ambiental em que vivem, bem como pelas diferentes percepções culturais e disponibilidade de serviços e legislação (FABRICIO; PARTEZANI, 2008; FARIAS; BUCHALLA, 2005).

O processo de envelhecimento acarreta progressivos problemas de saúde que podem ser agravados sem o acesso fácil a bens e serviços de qualidade. Com o acréscimo na participação de idosos na composição da população geral, gera-se uma maior demanda por determinadas ações de saúde, de acordo com suas necessidades, conforme relatam alguns gestores, a seguir:

Muitas vezes as deficiências são consideradas também marcadores de risco aumentados pelas ESF, gerando prioridade nos atendimentos domiciliares e nos agendamentos. (GC3).

Há fatores a serem percebidos com mais sensibilidade para a atenção à população idosa com deficiência física: benfeitorias na estrutura física e no atendimento dos profissionais que prestam os cuidados devem ser pensadas de maneira intersetorial. (GR5).

Direcionando também a reflexão para os prestadores deste serviço, sinto que nem sempre estão acolhedores para as necessidades exigidas por esses idosos. (GR5).

Embora alguns usuários do presente estudo tivessem relatado que se sentiram amparados pelo serviço de saúde na atenção primária, mostravam-se insatisfeitos, pois o serviço não conseguiu atender às suas expectativas, como por exemplo: acesso a especialistas, acesso a bens de consumo e a exames de alta complexidade. Há que se considerar que o acesso ao sistema de saúde e às suas tecnologias não ocorre de forma equitativa, ainda que isto esteja presente na constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) (MORAES et al., 2001).

[...] Eles deviam vir coletar exames de sangue em casa. Para quem não sai de casa é muito difícil se locomover, é um sacrifício [...]. (U15).

[...] Demora muito para marcar alguns exames, tipo ultrassom [...]. (U17).

[...] É difícil conseguir as bolsas de colostomia e materiais associados [...]. (U6).

[...]A fisioterapia, já foi feito pedido e estou na fila há mais de 4 meses. Isso às vezes deixa a gente desesperada né...eu sei que tem que ter paciência, mas sou eu quem fica aqui sentada esperando dia e noite...não é fácil [...]. (U9).

Assim, há que se repensar as formas de se organizar o Sistema Público de Saúde, o qual deve ser alicerçado por adequadas políticas públicas, fator essencial para garantir a saúde dos idosos com deficiência. Essas ações devem ser implementadas como forma de reduzir as desigualdades e/ou iniquidades. Apesar de a Atenção Primária

ser um campo para o desenvolvimento de práticas de atenção à saúde da pessoa com deficiência física, especificamente no que se refere à questão da inclusão e da integração social, ainda estes debates são incipientes (VERAS, 2001).

A intersetorialidade e as redes de apoio social são essenciais para o atendimento do idoso com deficiência física na Atenção Primária. A sociedade pode ser uma grande aliada da saúde para facilitar o acesso desse idoso e integrá-lo como destacam alguns informantes desse estudo:

Seria necessário um trabalho intersetorial. (GR5).

É importante o fortalecimento das redes de apoio: assistente social, fisioterapia, nutricionista e outros. (GR3).

Precisamos melhorar no sentido de abrir espaços de escuta e negociação de necessidades e facilitação e coordenação do acesso a outros setores e recursos. (GC3).

A população idosa é a que consome mais serviços de saúde. No entanto, o sistema de atenção à saúde do Brasil é precário e desorganizado, impedindo que os recursos sejam utilizados melhor e mais adequadamente. Nos países mais desenvolvidos tais recursos são aplicados de forma mais judiciosa e com maior resolutividade (VERAS, 2003). Por isso, em nosso país, atualmente, os serviços de saúde podem ser avaliados como inadequados para viabilizar os cuidados de que as pessoas idosas possam precisar (BATISTA et al., 2008). Assim, a criação de políticas incluindo toda a sociedade, redes de apoio para o idoso dependente e sua família, assistência ao idoso que não dispõe de cuidados familiares e programas para prevenção de dependência funcional em idosos independentes são algumas das estratégias para promover a saúde dos idosos (CALDAS, 2003).

Ainda há que se considerar que possivelmente esses idosos apresentarão um maior número de problemas de longa duração, exigindo intervenções onerosas, envolvendo tecnologias mais complexas para um cuidado adequado (VERAS, 2001). É importante ressaltar que os idosos com deficiência física têm outras necessidades além da reabilitação ou de cuidados de longa permanência, e mesmo sob esse aspecto não costumam ser atendidos pelo sistema em vigor (OTHERO; DALMASO, 2009).

É necessário fazer, para essas pessoas, o atendimento em saúde integrado às ações do Sistema Único de Saúde. É, também, responsabilidade coletiva da sociedade a busca de soluções para melhoria da qualidade de vida dessas pessoas. Acima de tudo é essencial, nesta modalidade, a construção de ações conjuntas para prevenção de deficiências, acessibilidade, equiparação de oportunidades, inclusão social e exercício da cidadania das pessoas idosas com deficiência física, que podem significar a independência nas situações mais rotineiras de sua vida.

Assim, percebe-se que a garantia de acesso universal - princípio de universalidade do SUS - extrapola a dimensão individual. Portanto, é responsabilidade coletiva, nos mais diversificados níveis de atenção, a garantia desse acesso através de uma rede integrada de cuidados. Logo, a atenção integral de saúde da pessoa idosa com deficiência física compreende o acolhimento deste usuário em suas necessidades de saúde por meio de ações de promoção, prevenção, assistência, reabilitação e manutenção da saúde de forma acessível.

Barreiras de Acessibilidade: obstáculos a serem transpostos

As barreiras de Acessibilidade compreendem os obstáculos que impedem o idoso com deficiência física de exercer seus direitos de acesso à saúde, à inserção social e a fortalecer sua participação enquanto cidadão.

Para a maioria dos gestores e profissionais da saúde, as ideias centrais referentes à acessibilidade aos serviços de saúde na atenção primária, quando questionados sobre como ocorre atualmente o acesso dos idosos com deficiência física nesses serviços, foram associadas às barreiras arquitetônicas e à estrutura física dos centros de saúde. Alguns desses entrevistados também colocaram que essa inacessibilidade está também atrelada à falta de transportes públicos ou privados para o deslocamento desses idosos. Já para estes, ficaram evidentes as dificuldades relacionadas ao acesso geográfico e ao transporte, conforme os relatos:

É ruim ir até o posto...não vou mais...é longe...difícil subir lá no postinho. (U12).

Não vou ao posto, é muito longe, difícil alguém poder me levar e nem sempre tem carro para me levar. (U15).

É difícil o transporte...de carro é uma dificuldade, não consigo entrar nem sair...eles tem que me levar no colo. (U2).

O acesso à saúde extrapola a assistência em si e a *acessibilidade* aos serviços é fundamental para a concretização do direito que todos têm de obter serviços de saúde. É definido como o uso de serviços de saúde em tempo adequado para obtenção de melhor resultado possível (GIOVANELLA; FLEURY, 1995).

Assim, se percebe que os gestores e profissionais da saúde possuem uma visão fragmentada do atendimento dos idosos com deficiência física pautando-a especificamente na questão das barreiras estruturais e arquitetônicas. Eles ressaltam que seria necessária a adequação dos Centros de Saúde aos critérios de Acessibilidade, conforme a legislação vigente e que sejam adquiridos equipamentos e insumos específicos para o atendimento desta clientela.

O *acesso* refere-se ainda às características da oferta de serviços que facilitam ou impedem a sua utilização pelos usuários, além de representar a capacidade de oferta de produzir serviços e responder às necessidades das pessoas (FRENK, 1992). Outros pesquisadores (RAMOS, 2003; ADAMI, 1993) levam em conta para definição de acesso as subcategorias: a) acesso geográfico (forma e tempo de deslocamento e distância da unidade à sua moradia); b) acesso econômico (custo de deslocamento, recebimento de insumos e medicamentos); c) acesso funcional (questões gerais que afetam o atendimento).

Logo, as barreiras de acesso mais importantes são a disponibilidade ou presença física de serviços e recursos humanos. No entanto, alguns estudiosos (TRAVASSOS, 2004) destacam outras: a) barreiras geográficas: refletem a resistência que o espaço impõe ao deslocamento dos usuários até o serviço de saúde; b) barreiras financeiras; c) barreiras organizacionais: refletem as características da organização dos serviços e do tipo/qualidade dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis que facilitem ou dificultem sua utilização; d) barreiras de informação.

Vários são os estudiosos que apontam o acesso à saúde como o grau de facilidade com que as pessoas recebem os cuidados de saúde. Fatores individuais e fatores internos aos serviços de saúde determinam o seu uso efetivo e eficiente, o que interfere na qualidade deste (REIS, 1990). Por isso, é primordial ouvir a opinião das pessoas que o utilizam, de forma a avaliar e garantir a qualidade deste acesso (LIMA, 2007).

Processos de trabalho pouco flexíveis, bem como a falta de uniformidade dos atendimentos ao idoso afetam a acessibilidade deste aos serviços de saúde na atenção primária, como ressaltado na fala abaixo:

O acesso depende muito da equipe da unidade, se está completa e consegue realizar visitas domiciliares regulares, se aceita que os familiares agendem consultas. (GC1).

Já o processo de trabalho organizado e o acolhimento podem garantir um bom atendimento, diminuindo a inacessibilidade gerada pela estruturação física de alguns centros de saúde.

O centro de saúde é algo deficiente em termos de sinalização, acomodações e acessibilidade, mas com processo de trabalho que acolhe o usuário com necessidades especiais com prioridade. (GC3).

Nesse estudo, o idoso acessa os serviços na atenção primária via: demanda livre, procura de familiares/responsáveis, contato com agente comunitário de saúde ou ao necessitar insumos de enfermagem para seus cuidados, conforme especificado nos relatos.

Os que apresentam deficiência física que não lhes causam dependência de locomoção vejo que o acesso ocorre normalmente (sic). Já os que apresentam dependência, ficam um pouco limitados a outros que lhes auxiliem nesse acesso. (GL1).

Normalmente o acesso ao serviço ocorre pela busca do serviço pelo paciente/ familiar/ responsável, mas também pode ocorrer por uma demanda trazida através do Agente Comunitário de Saúde. (GC5).

Conforme as necessidades de cuidado, esse idoso será atendido através do Acolhimento, agendamento facilitado/programado, agendamento de visita domiciliar e atendimento prioritário no centro de saúde. Apesar de ser evidenciado como facilidade de acesso, o atendimento prioritário a idosos e/ou deficientes físicos já é uma

garantia legal desses usuários. Assim também o é a visita domiciliar, premissa instituída na lógica do atendimento das equipes de estratégia de saúde da família; logo, não é uma estratégia de facilitação de acesso, como mencionado por alguns gestores, conforme segue:

O acesso a assistência é garantido pelas organizações de agendas e quando necessário no próprio domicílio. (GR5).

O idoso e o portador de deficiência física têm acesso priorizado aos serviços de saúde na atenção primária a saúde tanto no agendamento eletivo, quanto nos casos de demanda espontânea. (GC2).

Muitas vezes, as próprias pessoas com deficiência não sabem sobre seus direitos e/ou o que é melhor para elas, por isso precisam ser ouvidas nas suas necessidades mais singulares. Nem mesmo os profissionais de saúde estão preparados para tal ou estas necessidades perpassam o âmbito da saúde. Por isso, deve-se garantir a mudança de paradigma do modelo médico para o modelo social de deficiência, haja vista que não há como promover a acessibilidade dessas pessoas sem a intersetorialidade das ações.

Isso se deve ao fato de que durante a utilização dos serviços de saúde o comportamento do usuário e do profissional é que determinarão a porta de entrada neste sistema, bem como, a forma como o usuário transitará no mesmo. Além disso, há um terceiro componente nesta relação, que é o gestor. É esse profissional, que dentro do sistema, definirá o tipo, a intensidade e a forma que vai ser disponibilizada para cada tipo de atendimento específico, o que contemplará a política de saúde pública.

CONCLUSÃO

Diferentes cenários, sujeitos e contextos sociais demonstram semelhantes condições vivenciadas pelas pessoas idosas com deficiência física ao acessar os sistemas de saúde. Vários estudos na área apontam para a escassez de recursos de acesso da pessoa com deficiência ao sistema público de saúde e revelam a dificuldade de atuação do poder público e do Estado em relação a essa questão.

Ao investigar a temática do acesso dos idosos com deficiência

física, espera-se contribuir com o município, no sentido de fornecer subsídios que auxiliem na condução da política municipal de saúde nos aspectos relacionados à acessibilidade destas pessoas aos serviços de saúde na Atenção Primária.

Através do estudo das questões pertinentes ao acesso aos serviços e ações de saúde pretende-se apontar – por meio das percepções e experiências dos próprios idosos com deficiência física – as reais expectativas, necessidades, fortalezas e fragilidades relacionadas à rede pública de saúde no que tange à atenção primária. Essas contribuições também estarão auxiliando para ampliação de conhecimentos na área da gerontologia e, quiçá, poderão servir para a reflexão acerca da necessidade de reestruturação da atenção dos serviços de saúde na rede básica para o idoso com deficiência física.

De modo geral, percebe-se que os gestores e profissionais possuem certa restrição no tocante ao conceito de acessibilidade, muito pensado a partir do atendimento. Enquanto que os usuários (idosos) apontam a questão no sentido mais amplo, incluindo o transporte, as barreiras arquitetônicas e outros aspectos.

Entende-se que este estudo poderá contribuir para a construção de uma sociedade mais saudáveis, mais justas e sustentáveis. Portanto pretende-se, com esta pesquisa, buscar a união entre ciência, ética e o enfrentamento desse grande desafio da atualidade. Espera-se que este trabalho possa gerar conhecimentos que levem a reflexões e a ações favoráveis para a melhoria do cuidado da pessoa idosa com deficiência física.

REFERÊNCIAS

ADAMI, N. P. Acesso, utilização e aceitação dos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modelo de ver dos hansenianos. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v.1, n. 2, p. 53-67, jul. 1993.

BATISTA, A. S.; BARROS, L. J.; AQUINO, L., et al. **Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social**. Brasília, DF: MPS/SPPS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de atenção básica nº 19**, Brasília, 2006.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 773-781, 2003.

CHAIMOVICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

COVAS, C. A.; AKASHI, L. T.; GARCIA, M. A. Avaliação da qualidade dos espaços urbanos sob o ponto de vista das pessoas com deficiência. **Caderno de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, SP, v.11, n.1, p. 5-20, 2003.

FABRICIO, S. C. C.; PARTEZANI, A. R. Revisão de literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. **Revista REME**, Belo Horizonte, MG, v.9, n. 2, p. 113-119, 2008.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

FRENK, J. The concepts and measurement of accessibility. In: White, K., et al. (Ed.). **Health Services Research: an Anthology**. PAHO: Washington, DC, 1992. p. 842-855.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalização da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Políticas de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 177-98.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 06 jun. 2011.

LIMA, M. A. S., et al. Acesso e acolhimento em unidade de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n.1, p. 12-17, 2007.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde Pública e Envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 700-701, 2003.

MENDES, W. **Home Care**: Uma Modalidade de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, p. 19-25, 2001.

OTHERO, M. B.; DALMASO, A. S. W. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. **Interface**, Botucatu, SP, v. 13, n. 28 mar. 2009.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, 2003.

REIS, E. J. F. B., et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 50-61, jan.-mar. 1990.

RESENDE, A. P. C.; VITAL, F. M. P. **A convenção sobre os direitos**

das pessoas com deficiência comentada. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008.

SASSAKI, R. K. **Inclusão:** Construindo uma sociedade para todos. 7. Rio de Janeiro: WVA, 2006.

SCHOENENBERGER, A. W.; STUCK, A. E. Health care for older persons in Switzerland: a country profile. **J. Am. Geriatr**, EUA, v. 54, n. 6, p. 986-990, 2006.

SILVA, L. M. O estranhamento causado pela deficiência: preconceito e experiência. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, v. 11, n 33, p. 33-53, 2008.

TRAVASSOS, C. M. R.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 190-198, 2004.

VERAS, R. P. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. **Rev USP**, v. 51, p. 72-85, 2001.

_____. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 705-715, 2003.

_____. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 43, p. 548-554, 2009.

5.2 MANUSCRITO 2: PERSPECTIVAS DA DEFICIÊNCIA FÍSICA NO ENVELHECIMENTO: VULNERABILIDADES EM SAÚDE

PERSPECTIVES ON DISABILITY IN AGING: HEALTH VULNERABILITIES

PERSPECTIVAS SOBRE LA DISCAPACIDAD EN EL ENVEJECIMIENTO: LA VULNERABILIDAD DE LA SALUD

Juliana Balbinot Reis Girondi
Silvia Maria Azevedo dos Santos

RESUMO: Pesquisa qualitativa de caráter descritivo, com o objetivo de investigar a percepção de idosos, gestores e profissionais de saúde sobre as perspectivas da deficiência física no envelhecimento. Realizaram-se dezoito entrevistas com os idosos por meio de roteiro semiestruturado e aplicaram-se questionários a dezessete gestores e três profissionais de saúde entre junho e dezembro de 2010. Para análise dos dados, utilizou-se a hermenêutica dialética que permitiu a apreensão de elementos constitutivos de três categorias: O impacto da deficiência física na qualidade de vida do idoso; As redes de suporte social; A naturalização da deficiência no processo de envelhecimento. Conclui-se que, no âmbito da atenção à saúde do idoso, há uma fragilidade na formação acadêmica e escassez de capacitações para as equipes de Estratégia de Saúde da Família. Ressalta-se, ainda, a deficiente rede de suporte em saúde para os idosos e a vigência do modelo biomédico na Atenção Básica em saúde.

Palavras-chave: envelhecimento; idoso; pessoa com deficiência; vulnerabilidades.

ABSTRACT: Qualitative research and descriptive in order to investigate the perception of older people, managers and health professionals about the prospects of disability in aging. We conducted 18 interviews with the elderly through semi-structured script, and questionnaires to 17 managers and 03 health professionals from June to December 2010. Data analysis used the hermeneutic dialectic, which led to the seizure of the constituent elements of three categories: The impact of disability on quality of life of the elderly, social support networks; naturalization, The deficiency in the aging process. We conclude that,

within the health care of the elderly, there is a weakness in the academic background and lack of training for teams of Health Strategy Fail. It is worth noting, poor support network of health for the elderly and the validity of the biomedical model in primary health care.

Keywords: aging, elderly, people with disabilities; vulnerabilities.

RESUMEN: La investigación cualitativa y descriptiva con el fin de investigar la percepción de las personas mayores, los gerentes y profesionales de la salud acerca de las perspectivas de la discapacidad en el envejecimiento. Hemos llevado a cabo 18 entrevistas con las personas mayores a través de semi-estructurado guión, y cuestionarios a 17 directivos y 03 profesionales de la salud, de junio a diciembre de 2010. Análisis de los datos utilizados la dialéctica hermenéutica, lo que condujo a la incautación de los elementos constitutivos de las tres categorías: El impacto de la discapacidad en la calidad de vida de las redes de tercera edad, el apoyo social; naturalización. La deficiencia en el proceso de envejecimiento. Legamos a la conclusión de que, en el cuidado de la salud de las personas mayores, hay una debilidad en la formación académica y la falta de capacitación de los equipos de la Estrategia de Salud Familiar. Vale la pena señalar, la red de apoyo a los pobres de la salud para los ancianos y la validez del modelo biomédico en la atención primaria de salud.

Palabras-clave: el envejecimiento, las personas mayores, personas con discapacidad; vulnerabilidades.

INTRODUÇÃO

Atualmente o envelhecimento populacional constitui um dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea, especialmente em países em desenvolvimento, onde esse fenômeno ocorre em ambiente de pobreza e de grande desigualdade social (LIMA-COSTA, 2003). Ainda há que se considerar que este grupo não é homogêneo e apresenta indivíduos que se diferenciam pelas condições socioeconômicas, culturais e de saúde, o que exige uma atenção mais acurada. No entanto, evidencia-se o despreparo da saúde pública mundial frente ao aumento rápido e contínuo da longevidade humana (SCHOENENBERGER; STUCK, 2006). Como este segmento da população é o que cresce em maior velocidade, exige que a sociedade se prepare para responder a uma demanda crescente de políticas públicas sociais e de saúde, capazes de garantir-lhes os direitos de cidadania.

O processo do envelhecer delimita mudanças expressivas de

ordem individual, familiar e social, cada uma com seus significados e relevâncias (WHO, 2001). Mas, em grande parte destas populações pouco se tem feito para que as limitações não causem deficiências. Na velhice, é possível detectar que a deficiência pode ter sua origem pela falta e/ou dificuldade de acesso ao cuidado. As condições de saúde da população idosa podem ser determinadas pelos seus perfis de morbidade e mortalidade, presença de déficits físicos e cognitivos e a utilização dos serviços de saúde, dentre outros indicadores mais específicos (WHO, 2001).

Uma das condições que podem vir a se instalar nos idosos são as deficiências físicas. Deficiência é o termo usado para definir a ausência ou a disfunção de uma estrutura psíquica, fisiológica ou anatômica do ser humano (ONU, 2006). Na Convenção Internacional sobre os direitos da Pessoa com Deficiência, definiu-se que estas são pessoas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (ONU, 2006). Assim, a expressão pessoa com deficiência pode ser aplicada referindo-se a qualquer pessoa que possua algum tipo de deficiência.

No Brasil, considera-se pessoa com deficiência física aquela que apresenta alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (BRASIL, 2004).

A população com deficiência no Brasil tem crescido em decorrência do aumento da expectativa de vida e da violência urbana, alterando o seu perfil, que anteriormente caracterizava-se por deficiências geradas por doenças (RESENDE; VITAL, 2008). Ao se observar a questão do envelhecimento populacional deve-se relacioná-la à nova demanda por recursos, especialmente no que tange a questão da saúde.

O dimensionamento da problemática da deficiência no Brasil é difícil em razão dos poucos dados e informações disponíveis nacionalmente. Dessa forma, não se conhece claramente a realidade do país nesta área. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 10% da população de qualquer país em tempo de paz é

portadora de algum tipo de deficiência. Com base nesse percentual, estima-se que no Brasil existam 16 milhões de pessoas com deficiência (BRASIL, 2006).

Percebe-se, nos tempos atuais que há uma mobilização mundial de reconhecimento e valorização das potencialidades do indivíduo com deficiência, inclusive por meio de leis que garantam educação, trabalho, saúde e lazer, além de movimentos que lutam para a promoção da vida independente dessas pessoas, sua inserção no mercado de trabalho, equiparação de oportunidades e inclusão social. Nesse contexto, as ações de saúde para idosos com deficiência exigem novos enfoques como a interdisciplinaridade, que possibilita a troca de conhecimentos com diferentes profissionais e, inclusive, com o próprio idoso, aumentando as chances de se resolver os problemas ou de pelo menos minimizá-los.

Frente ao exposto, acredita-se que o adequado enfrentamento das demandas causadas pelo envelhecimento populacional permitirá a efetivação de um cuidado integral aos idosos, sintonizado com as práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos. Isso remete ao fato de que profissionais de saúde, gestores do sistema público de saúde e a sociedade como um todo devem despertar para a necessidade de novas estratégias de cuidar destes idosos.

Por isso, este estudo teve por objetivo: investigar a percepção de idosos, gestores e profissionais de saúde sobre as perspectivas da deficiência física no envelhecimento.

Acredita-se que, contrapondo as considerações que idosos, gestores e profissionais da saúde fazem acerca da deficiência física na velhice, poderemos compreender melhor os aspectos singulares do envelhecimento, melhorando o atendimento a esta clientela. Profissionais e gestores de saúde, através de suas práticas, contribuem para a formação de uma nova percepção em torno do idoso com deficiência física, produzindo e incitando novas formas de pensar e agir. Enfim, pesquisar sobre as atitudes, crenças, percepções e interações desses atores sociais poderá subsidiar as práticas de saúde, bem como as políticas públicas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo descritivo, cuja coleta dos dados foi realizada entre junho e dezembro de 2010.

Para a seleção do cenário da pesquisa, realizou-se um

levantamento quantitativo de idosos com idade igual ou superior a sessenta anos, por meio do Setor de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis por área e microárea de abrangência. Esse município possui uma população de 421.240 residentes, sendo que a população acima de sessenta anos totaliza 48.894 pessoas (11,5%) (IBGE, 2010).

No âmbito da saúde, o município está dividido em cinco Distritos Sanitários (DS), que abrangem quarenta e oito centros de saúde. Deste total, foram selecionados dois Distritos Sanitários de Saúde assim localizados: no Continente e no Sul da Ilha. A escolha por estas regiões se deu em virtude das diferenças geográficas, sociais, epidemiológicas e culturais. Nesses distritos, selecionou-se um centro de saúde de cada, utilizando como critério aqueles que apresentaram maior contingente de idosos. Assim, foram escolhidos o Centro de Saúde 1 (CS1) - pertencente ao DS Continente -que possui em sua área de abrangência 565 idosos (7,44% da população total) e o Centro de Saúde 2 (CS2) - pertencente ao DS Sul - que possui 126 (7,49% da população total).

Para o desenvolvimento do estudo foram convidados a participar os idosos com deficiência (as) física(s) que utilizam os CS selecionados, os profissionais de Saúde destes Centros de Saúde e os gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Participaram da pesquisa dezoito (18) idosos: que possuíam deficiência(s) física(s) congênita(s) ou adquirida(s) há pelo menos um ano; com idade igual ou superior a sessenta (60) anos; com ausência de alterações cognitivas e/ou mentais graves; que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a localização desses sujeitos foi realizada busca ativa realizada pela equipe de ESF e agentes comunitários de saúde (ACS), mediante um instrumento elaborado por uma das autoras desse artigo. Para a coleta de dados utilizou-se: Miniexame do Estado Mental (MEEM), a entrevista semiestruturada e a observação passiva. Foi realizado um teste piloto com dois idosos de diferentes níveis de escolaridade para testagem do roteiro de entrevista. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas pela pesquisadora, cabendo também a ela a responsabilidade por organizar e armazenar os dados coletados, preservando os princípios éticos.

Para representar os profissionais de saúde participaram três sujeitos, sendo dois enfermeiros e um médico. Foram critérios de inclusão: estar vinculado à ESF, ocupar este cargo há mais de um ano, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A escolha por estas duas categorias profissionais se deu

em virtude de participarem da composição mínima da ESF.

Para representar os gestores participaram do estudo dezessete pessoas que atenderam os critérios de inclusão: ocupar cargo de gestor em qualquer nível da estrutura hierárquica (cargo de gerência, diretoria, assessoria, chefia de departamento ou coordenador local de saúde), estar neste cargo há mais de um ano, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para coleta de dados dos gestores e profissionais de saúde utilizou-se um questionário desenvolvido pela pesquisadora. Esse instrumento era autoaplicável e, por isso, a sua entrega foi feita concomitantemente ao agendamento de uma data para o recolhimento. Foi realizado um teste piloto com dois gestores e dois profissionais de saúde para a testagem do roteiro de entrevista.

Para resguardar o sigilo e o anonimato dos sujeitos da pesquisa, optou-se por identificá-los como usuário (U), para representar os idosos, e gestor (G) para representar os gestores em saúde. No que se refere aos gestores, para cada esfera de atuação utilizou-se uma especificação: L (gestor local), R (gestor regional) e C (gestor central); profissional (P) para representar os profissionais de saúde.

Como técnica de análise, utilizou-se a hermenêutica dialética, que consiste na explicação e interpretação de um pensamento e trata da busca dos sentidos existentes na comunicação entre os seres humanos (MINAYO, 2008). A escolha por esse método de análise se deu em virtude da crença de que este possibilitou compreender e interpretar os discursos dos sujeitos selecionados – usuários, profissionais e gestores – sobre as perspectivas da deficiência física no envelhecimento.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina - CEP/UFSC, sob protocolo nº 695/10.

RESULTADOS

Caracterização dos sujeitos

A média de idade dos idosos pesquisados foi de setenta e seis anos, de modo que a menor idade era de sessenta anos e a maior idade, oitenta e sete. Em relação ao gênero, houve prevalência do sexo feminino, sendo doze mulheres e seis homens.

A média de escolaridade foi de 2,3 anos de estudo, sendo três o mínimo de anos de estudo referido e onze anos o máximo. A renda familiar mensal variou entre um e três salários mínimos na época de realização deste estudo. A renda mínima encontrada foi de R\$ 500,00 e

a máxima de R\$ 11.000,00. Quanto ao estado civil, houve a prevalência de casados representados por oito idosos, seguido de sete viúvos. Em relação à composição familiar, houve maior distribuição de idosos que residem com o cônjuge, seguido por aqueles que residem com cônjuge e filhos.

Em relação aos gestores: cinco eram de nível central, dez eram de nível regional e dois de nível local. A média de idade foi de trinta e oito anos, sendo vinte e oito a menor idade e sessenta e um a maior. Em relação ao gênero, houve prevalência do sexo feminino, sendo dez mulheres e sete homens. Quanto à escolaridade, cinco possuíam somente graduação, três, mestrado e nove, especialização. A categoria profissional que prevaleceu foi a de enfermeiros, seguida por médicos, psicólogo e dentista. O tempo de atuação profissional de todos era de treze anos. O tempo médio de trabalho na instituição foi de 8,7 anos e na ocupação do cargo atual foi de 4,2 anos.

Em relação aos profissionais de saúde, um era médico e dois eram enfermeiros. A média de idade foi de 38,6 anos, sendo vinte e seis a menor idade e cinquenta e oito a maior. Em relação ao gênero, houve prevalência do sexo feminino, sendo duas mulheres e um homem. Quanto à escolaridade, somente um possuía especialização, os demais, graduação. O tempo médio de atuação profissional foi de 10,6 anos. O tempo de trabalho na instituição e na ocupação do cargo atual foi de cinco anos.

Eixo Temático

As perspectivas da deficiência física no envelhecimento sob o ponto de vista dos idosos, gestores e profissionais de saúde tratam do processo de envelhecimento e da deficiência física como parte do reconhecimento da existência de importantes desafios colocados por esses processos à sociedade, enquanto vulnerabilidades em saúde. Esse desafio se torna mais emergente aos profissionais e gestores em saúde, especialmente nesses últimos anos, quando se verifica um significativo aumento da expectativa de vida na população. É na interação entre esses profissionais, clientes/idosos e famílias que se evidenciam ações de cuidados, compartilhamento de saberes, troca de símbolos, significados e experiências, num intercâmbio dinâmico entre quem cuida e quem é cuidado.

A análise dos dados possibilitou a formação desse eixo temático sob a forma de três categorias, quais sejam: O impacto da deficiência física na qualidade de vida do idoso; As redes de suporte social; A naturalização da deficiência no processo de envelhecimento.

DISCUSSÃO

As vulnerabilidades constituem um conjunto de situações que podem tornar o idoso frágil. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os idosos considerados frágeis são aqueles que possuem uma ou mais das seguintes características: idade superior a oitenta (80) anos; residem sozinhos; mulheres (especialmente solteiras e viúvas); as que residem em instituições; os isolados socialmente; os que não têm filhos; os que têm limitações severas ou incapacidades; casais em que um dos cônjuges é incapacitado ou está doente; aqueles com recursos escassos (BATISTA et al., 2008).

Assim, pode-se dizer que a deficiência física constitui uma situação de vulnerabilidade à qual o idoso está exposto, podendo vir a constituir uma situação de dependência. No entanto, o idoso pode apresentar alguma deficiência física sem ser dependente de cuidados de outrem. Várias condições e situações permeiam essas conjunturas, devendo ser avaliadas e consideradas no processo de cuidado.

O impacto da deficiência física na qualidade de vida do idoso

Nessa categoria evidencia-se de que forma a deficiência física interfere na autonomia, dependência/independência, nas limitações, no desenvolvimento/realização pessoal dos idosos e de que forma repercutem na qualidade de vida dos mesmos. Os idosos entrevistados demonstram relacionar a deficiência física a seu modo de vida, podendo essa vivência ser algo extremamente doloroso ou uma forma que os levou a resignificar a sua existência.

Em relação aos idosos que demonstraram relacionar a deficiência física a seu modo de vida, fica evidente que se deve tentar manter o idoso o máximo possível, junto a seus familiares e à comunidade, com independência funcional e autonomia (SILVESTRE; NETO, 2003). A saúde, no contexto do idoso, seria, em um sentido amplo, o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões (BAPTISTA, 2003). O que pode ser observado nas emissões a seguir:

[...] Eu vivo bem com isso. Aceito e tem que aceitar. É uma pena porque perdi um pouco a liberdade, eu andava muito antes [...]. (U7).

[...] Minha vida é normal, boa. Não posso fazer quase nada, mas sou feliz. Vivo tranquila [...].

(U10).

Esses achados vêm ao encontro do que um estudioso (HALL, 1999, p. 13) coloca quando afirma que “a identidade não é um dado biológico, mas uma construção histórica produzida em relações de alteridade, o fato de ter um contraponto negativo faz realçar o ‘eu positivo’”.

No entanto, o conviver com a dependência pode, em alguns momentos, promover desânimo dos familiares e do próprio idoso, como mencionado em alguns depoimentos.

[...] Minha vida é uma tristeza! É só nessa cama. Não posso fazer nada [...] mas a gente tem que se conformar com o que Deus dá para a gente. Preciso de ajuda para tudo, me limpar, tomar banho, comer [...]. (U8).

[...] A minha vida agora praticamente acabou [...] Antes eu fazia de tudo. Eu queria tanto andar, mesmo que fosse um pouquinho só. Não depender dos outros, mas não dá. É duro [...]. (U11).

Vários são os aspectos que agregam dificuldades no viver com a deficiência física. Apesar das experiências de incapacidade fazerem parte do modo de viver dessas pessoas, elas precisam ter habilidades para superar suas dificuldades e realizar suas ações no mundo (OTHERO; FAMASO, 2009). Há que se refletir sobre o fato de que a interdependência e o cuidado são algo necessário não apenas diante da condição de deficiência, mas em vários momentos da vida das pessoas.

Possivelmente esse grupo de idosos percebe e vivencia a deficiência enquanto doença e, por conseguinte, necessita de uma ‘cura’ para adaptar-se à sociedade ‘normal’. As restrições de atividades levam-no a uma condição de desvantagem, que determina sua exclusão da participação social.

Muitas dessas pessoas não têm autonomia, segurança, confiança e comodidade para se locomoverem (ARELHANO; FUNES, 2007). Essa falta de acessibilidade faz com que sintam uma carência também em relação à cultura, ao turismo, ao lazer, à educação, ao trabalho, às edificações, ficando cada vez mais excluídas, sentindo-se menosprezadas. A liberdade de escolhas e de relacionamento com seu ambiente e vida com certeza contribuirão para a melhoria da qualidade

de vida dos idosos, com a diminuição da segregação.

Alguns estudos (DECESAROL; FERRAZ, 2009; MIGUEL, PINTO; MARCON, 2007; SILVEIRA; CARNEIRO, 2006) apontam que a pessoa com dependência sente-se inútil por necessitar de outros para realização de suas atividades básicas cotidianas: esta situação causa desgaste em quem cuida e em quem é cuidado. Até os próprios profissionais de enfermagem corroboram que a limitação dessas pessoas sustenta uma concepção negativa da dependência e que tal fato é motivo de desesperança. No entanto, a atenção e a promoção de saúde adequada para as pessoas com deficiência podem melhorar seu estado de saúde e sua qualidade de vida (RAVESLLOT; SEEKINS; WHITE, 2005).

São considerados aliados na manutenção da qualidade de vida do idoso: transporte público adequado/adaptado às suas necessidades; diminuição das barreiras de acesso nas várias dimensões da vida, mas especificamente à saúde; manutenção da autonomia do idoso e familiares e estruturas físicas urbanas adequadas (ARAUJO et al., 2006).

Nessa categoria, pretende-se evidenciar que o universo do idoso com deficiência física é amplo, muito além do que se investiga quando a deficiência é apenas contabilizada enquanto um grave comprometimento da capacidade motora. Mudanças comportamentais e sociais, especialmente no âmbito da saúde, podem permitir que vários ajustes sejam implementados, a fim de que estas restrições físico-corporais não sejam um empecilho na vida destes idosos.

As redes de suporte social

Essa categoria constitui a soma de todas as relações que o idoso considera como significativas/diferenciadas na sua vivência com deficiência física e que lhe conferem apoio social, podendo também contribuir para o seu cuidado de saúde. Nessa rede estão inclusos: familiares, cuidadores, amigos, vizinhos, relações comunitárias, serviços e profissionais de saúde. O suporte social abrange políticas e redes de apoio sociais, possibilitando o exercício da cidadania (TOSCHI, 2008). Tem como objetivo contribuir para o bem-estar das pessoas, principalmente no caso de idosos com deficiência física. Nesse estudo, a rede de suporte familiar foi a mais evidente e importante, conforme os relatos.

[...] A minha vida, com a graça de Deus é boa. Muito boa, com o auxílio do meu anjo (refere-se à cuidadora) [...]. (U4).

[...] A minha vida é boa. Deus é muito bom comigo. Me deu (sic) esse marido, meus filhos... [...]. (U5).

[...] Eu vivo bem, tenho a minha filha que faz tudo para mim [...]. (U10).

Nas entrevistas ficou evidente que os idosos vislumbraram uma valorização da vida e da convivência familiar após a instalação da deficiência, podendo contar com o apoio familiar. A rede de suporte familiar é quem dá sustentação para os cuidados e demandas decorrentes da deficiência física. Nesse contexto, a família é o alicerce para apoiar esses idosos na manutenção da integridade e qualidade de vida. Também se constatou que o cuidador é uma figura importante na manutenção da independência desses idosos.

Esse achado também esteve presente num estudo realizado no Rio Grande do Sul (AIRES; PAES, 2008), onde se constatou que a família é a maior provedora de cuidados domiciliares para os idosos. Outro estudo¹⁷ aponta que a família caracteriza-se pela dinâmica das relações, perseverando para a humanização e socialização, sendo o alicerce para o desenvolvimento e a realização das pessoas. Ressalta ainda que, as manifestações de rejeição ou aceitação apresentam-se das formas mais variadas, dependendo das crenças, valores, características individuais e culturais de cada família e de seus membros.

No entanto, há achados apontando que atualmente existe uma redução do apoio familiar, fazendo com que o idoso com dependência passe a estar mais vulnerável em comparação ao passado (BATISTA et al., 2008).

Em contraponto a esses achados, seguem colocações que demonstram a insatisfação do atendimento das necessidades desses idosos em relação ao sistema público de saúde. Essa condição pode vir a afetar a qualidade de vida desses idosos.

[...] sempre que a gente precisa de médico e outras coisas ainda não consegue. É duro [...]. (U11).

[...] Agora tem que viver assim, vou fazer o que...se o médico não dá jeito...como eu vou dar... [...]. (U14).

[...] o posto é muito fraquinho, só tem aqueles remédios fraquinhos [...] o que a gente precisa não tem [...]. (U5).

O aumento de doenças crônico-degenerativas e suas sequelas ampliam o desafio de cuidar desses idosos, por conta da questão da dependência funcional. Neste contexto, as ações de saúde hoje estão focadas na questão da promoção de saúde e prevenção de agravos, buscando-se o envelhecimento saudável e sustentável. O envelhecimento saudável, nesta perspectiva, consiste em um equilíbrio entre as dimensões do ser humano físico, mental, integração social, independência na vida diária, independência econômica e suporte familiar.

Assim, para a efetivação do cuidado ao idoso será necessária a transformação do paradigma hegemônico da medicina, para um modelo socioambiental, que considere as doenças a partir de uma perspectiva mais abrangente, analisando vários outros processos envolvidos no perfil de saúde das pessoas idosas (LONGINO; CHARLES, 2000). No Brasil, esse fato também foi apontado através de um estudo (BATISTA et al., 2008) realizado pela Previdência Social que constata a necessidade de transformar o modelo hegemônico da medicina, hoje predominantemente biologicista, para um modelo socioambiental, em que a situação de saúde/doença é avaliada de forma mais holística.

Os sujeitos da pesquisa relataram ser o médico a referência para eles enquanto o cuidador de sua saúde, evidenciando que a atenção à saúde é centrada nele e há dificuldade em desvincular a saúde da figura deste trabalhador, reafirmando a hegemonia do modelo biomédico.

[...] Eu gosto do posto porque os médicos vêm bastante na casa da gente [...]. (U15).

[...] O médico do posto sempre vinha aqui, mas agora ele entrou de licença saúde e ninguém mais veio, faz uns 5 meses [...]. (U14).

[...] A única coisa que a gente é mais ou menos atendido ali no posto é o atendimento médico, porque passou disso é nota zero!!! [...]. (U11).

Os usuários destacam outro aspecto importante, no que se refere à atuação do enfermeiro. Evidencia-se que esse profissional pouco tem

atuado com ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação do idoso com deficiência física. Os cuidados de enfermagem estão focados apenas em procedimentos pontuais, tais como: mensuração de sinais vitais e glicemia capilar, realização de curativos e aplicação de imunobiológicos, especificamente a vacina da gripe, na época da campanha nacional contra a Influenza.

[...] A enfermeira só vem aqui para medir a pressão e dar a vacina da gripe [...]. (U14).

[...] A enfermeira vinha aqui em casa só para fazer meu curativo [...]. (U5).

Como integrante da ESF, o enfermeiro deveria ter uma visão mais ampliada do idoso, bem como dos cuidados de enfermagem para com ele nas várias instâncias, incluindo: a biológica, a psicossocial, a psicológica, dentre outras. O enfermeiro deveria interagir mais com a equipe interdisciplinar, desempenhando atividades de promoção à saúde e de proteção a esse idoso, sendo verdadeiramente reconhecido no seu papel. Essa limitação acaba por reforçar o modelo biomédico, centrado na doença, na incapacidade e suas limitações.

O enfermeiro, enquanto especialista do cuidado, deve estar apto a avaliar as condições de saúde do idoso, seus processos adaptativos, determinando e avaliando metas a serem alcançadas em parceria com ele, sua família/cuidadores e os demais membros da equipe de ESF a fim de ampliar a rede que lhe dá suporte social.

A naturalização da deficiência no processo de envelhecimento

Essa categoria compreende as várias concepções que permeiam a deficiência física como evento pertinente ao processo de envelhecimento. Inclui a forma como os profissionais de saúde são instrumentalizados para a prática de cuidado da saúde do idoso, além das dinâmicas e interfaces da Atenção Primária em Saúde no município estudado.

De modo geral, os gestores e profissionais de saúde entrevistados possuem uma visão de que a deficiência faz parte do processo de envelhecimento, sendo considerada então, uma ocorrência natural, ‘normal’ conforme expresso.

[...] o idoso com deficiência física é um indivíduo que apresenta limitações biológicas, fisiológicas desgastantes provocadas pelo avanço cronológico

das estruturas orgânicas, e/ou por traumas que acarretam em perda dos sentidos, inserido em contextos isolados e coletivos que refletem em suas condições de vida [...]. (GRS5).

[...] o idoso com deficiência física não consegue haver as suas necessidades e depende de terceiros para se locomover, ou realizar outras atividades como: banho, alimentação, e outros [...]. (GC4).

Muitas dessas concepções foram sendo adquiridos a partir da própria formação acadêmica, atreladas à falta de instrumentalização e de educação continuada na área do envelhecimento.

Este fato foi encontrado também em outros trabalhos científicos (CAMACHO, 2002; DIOGO; DUARTE, 1999) que apontam que a formação na área de saúde do idoso se depara com alguns entraves, tais como: a escassez de conteúdo gerontogeriatrico nos currículos, a falta de campos específicos para esta prática e a inexperiência do corpo docente. Atrelada a isso, a formação desses recursos humanos ainda ocorre de maneira informal, por meio de cursos de curta duração, comumente promovidos por entidades científicas, institutos e organizações fora do meio acadêmico convencional (DIOGO; DUARTE, 2004).

Outro aspecto relevante é que o foco de cuidado na atenção primária ainda está bastante centrado na atenção à saúde da mulher e da criança, possivelmente por esses programas terem sido criados pelo Ministério da Saúde há mais tempo e, conseqüentemente, estarem mais incorporados e incutidos no cotidiano dos profissionais de saúde.

CONCLUSÃO

Refletir sobre os temas envelhecimento, dependência e suas vulnerabilidades é repensar sobre este grande desafio imposto à sociedade pelas demandas do envelhecimento populacional, fenômeno brasileiro e mundial. Neste novo cenário, a previsão é que aumente a procura pelos serviços de saúde pública.

Um dos estrangulamentos do sistema de saúde local é a captação eficiente dos idosos com deficiência física que mais necessitam de cuidado e monitoramento no momento oportuno. Isso impediria que as sequelas e/ou a evolução da deficiência ocorressem, tirando os idosos da condição de vulnerabilidade na qual se encontram.

Este estudo não teve a pretensão de trazer uma resposta para a resolução das demandas do serviço na atenção básica, mas sim de refletir sobre os achados para auxiliar na compreensão das necessidades de saúde trazidas pelos idosos. Pesquisas como essa são necessárias para embasar e nortear as políticas públicas de saúde do idoso, de forma que estas contemplem a atenção adequada e de qualidade a este grupo populacional, a custos sustentáveis.

Há que se entender que a dependência não equivale à velhice, e que a sua prevenção perpassa o campo da saúde. Inclui também a esfera socioeconômica e cultural na qual esse idoso está inserido. Estratégias como a perpetuação de hábitos saudáveis por toda a população estendendo-se até o acesso aos serviços básicos de saúde, educação, cultura e lazer são fundamentais para se atingir um envelhecimento ativo.

A realização dessa pesquisa permitiu identificar o expresso pelos idosos com deficiência física e o que eles apresentam como demandas de saúde em contraponto às percepções de profissionais de saúde e gestores. Em síntese, os resultados encontrados mostram as perspectivas de um grupo de gestores, de profissionais de saúde e de idosos acerca da deficiência física, abrangendo a qualidade de vida desses idosos, suas redes de apoio e a naturalização desse processo.

Por fim, destacamos algumas percepções mais evidentes que emergiram dessa pesquisa e que contribuíram para a perda e/ou diminuição da efetividade do cuidado ao idoso com deficiência física: a deficitária rede de suporte em saúde para os idosos; a escassez de capacitações para as equipes de ESF na área do idoso; a deficiência na formação acadêmica no âmbito da atenção à saúde do idoso e a vigência do modelo biomédico na Atenção Primária.

REFERÊNCIAS

AIRES, M.; PAES, A. A. Necessidades de cuidado aos idosos no domicílio no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 22, p. 1629-1638, 2008.

ARAUJO, S. et al. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. **Interface**, Botucatu, SP, v.10, n.19, p. 3-16, 2006.

ARELHANO, M. V.; FUNES, G. P. F. M. A Pessoa Portadora de

Deficiência e o Direito de Locomoção: o direito a um ambiente acessível. **Encontro de Iniciação Científica**, Toledo, PR, vol. 3, n. 3, 2007.

BAPTISTA, D. B. D. A. **Idosos no município de São Paulo: expectativa de vida ativa e perfis multidimensionais de incapacidade a partir da SABE**. 2003. 113 F. Dissertação (Mestrado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

BATISTA, A. S.; BARROS, L. J.; AQUINO, L., et al. **Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social**. Brasília, DF: MPS/SPPS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004. **Regulamenta as leis nº 10.048/00 e 10.098/00**. Diário Oficial da União, 02 dez. 2004.

CAMACHO, A. C. L. F. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v.10, p. 229-233, mar. - abr. 2002.

DECESAROL, M.; FERAZ, C. A. Desvendando o senso do limite de familiares que convivem com pessoa dependente de cuidados físicos. **1 Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, GO, v.11, p. 23-31, 2009.

DIOGO, M. J. D. **Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, v.12, p. 280-282, mar.- abr. 2004.

DIOGO, M. J. E.; DUARTE, Y. A. O envelhecimento e o idoso no ensino de graduação em enfermagem no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, p. 370-376, dez. 1999.

FIGUEIREDO, N. M. A.; TONINI, T. **Gerontologia: atuação da Enfermagem no processo de envelhecimento**. São Caetano do Sul, SP : Yendis, 2010.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DPGA, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>._Acesso em: 02 jun. 2011.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde Pública e Envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 700-701, 2003.

LONGINO, J. R.; CHARLES, F. Beyond the Body: An Emerging Medical Paradigm. In: WARNES, A; WARREN, L; NOLAND, M (Eds.). **Care services for later life: transformations and critiques**. London: Jessica Kingsley Publishers Ltda, 2000.

MIGUEL, M. E. G. B.; PINTO, M. E. B.; MARCON, S. S. A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, GO, v. 9, p. 784-795, set.-dez. 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Conferência Internacional de Pessoa Portadora de Deficiência**. 2006. Disponível em <<http://www.assinoinclusao.org.br/downloads/convenção.pdf>>._Acesso em: 05 dez. 2008.

OTHERO, M. B.; DALMASO, A. S. W. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. **Interface**, Botucatu, SP, v. 13, n. 28 mar. 2009.

RAVESLOOT, C.; SEEKINS, T.; WHITE, G. Living Well with a Disability health promotion intervention: Improved health status for consumers and lower costs for health care policymakers. **Rehabilitation Psychology**, EUA, v. 50, p. 239-245, 2005.

RESENDE, A. P. C.; VITAL, F. M. P. **A convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência comentada**. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008.

SCHOENENBERGER, A. W.; STUCK, A. E. Health care for older persons in Switzerland: a country profile. **J. Am. Geriatr**, EUA, v. 54, n. 6, p. 986-990, 2006.

SILVEIRA, T. M.; CARNEIRO, T. F. C. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1629-1638, ago. 2006.

SILVESTRE, J. A.; NETO, M. M. C. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, jun. 2003.

TOSCHI, C. M. A modernidade e o mito deficiência. **Rev eletr pós-grad soc pol UFSC**, Florianópolis, SC, v. 5, n.1, p. 32-48, 2008.

WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION (Suiça). **International classification of functioning disability and health (ICIDH-2)**. Genebra: WHO, 2001.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Não há nada mais belo do que retroceder a dias que já foram vividos. É o grande milagre do pensamento.
(Autor desconhecido).*

A Atenção Primária à saúde, enquanto sistema de cuidados, é composta por eixos fundamentais, quais sejam: as equipes de Estratégia de Saúde da Família, as equipes matriciadoras, os programas de educação continuada, o sistema de referência e contrarreferência e o apoio para diagnose e tratamento. Percebe-se que esses eixos ainda estão pouco fortalecidos, principalmente em virtude da desarticulação entre os níveis de atenção, as inadequadas infraestruturas e condições de trabalho. Além da falta de qualificação e pouca valorização profissional, as formas de vínculos empregatícios, a dificuldade de cooperação entre as esferas governamentais, enfim, as várias dificuldades enfrentadas hoje no sistema de saúde brasileiro. Essas são oriundas de diferentes ordens, tais como: financeira, de relações interpessoais, de capacitação técnica, de processos de trabalho, entre outras. O modelo de atenção ainda encontra seu foco no curativismo, centrando sua oferta de serviços no modelo hospitalocêntrico, com pouco enfoque nas ações preventivas e de promoção à saúde.

Todas essas condições acabam por gerar as iniquidades em saúde e é nesse contexto que os idosos com deficiência física estão inseridos. Neste sentido, a Atenção Primária à saúde deveria ser pautada no paradigma biopsicossocial, favorecendo a integralidade das ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde e exercida longitudinalmente, coordenando e integrando esse cuidado para atingir o máximo de resolutividade e permitir a acessibilidade desses idosos ao sistema de saúde.

Ao adentrar o universo dos idosos com deficiência física, um fato importante que inicialmente devemos levar em consideração diz respeito à forma como eles percebem suas vidas a partir do momento em que se instalou a deficiência. É com base nessa experiência que as visões de mundo desses idosos e suas necessidades emergentes de saúde vão sendo elaboradas e resignificadas em cada fase dessa vivência.

Nesse estudo, a grande maioria dos idosos evidenciou que a deficiência física é vivenciada como uma limitação que os impede de

viver com qualidade de vida, principalmente pela dependência gerada, a qual compromete a realização de suas atividades de vida diária com a consequente perda de autonomia. Eles percebem que a deficiência interrompeu seus projetos de vida, por isso, não conseguem aceitá-la e ressignificar sua própria existência. O cotidiano desses usuários está pautado pelas situações de incapacidade, ou seja, daquilo que, enquanto pessoas com deficiência física, não são mais capazes de executar de maneira independente.

Outros idosos experenciam a deficiência como um evento de vida, o qual faz parte do processo natural de envelhecer. Respeitam suas limitações, mas buscam transpô-las, apesar de demonstrar certo conformismo com a situação. Nessa condição, ressaltam que a família é o alicerce para apoiá-los na manutenção de sua integridade e qualidade de vida, especialmente através da valorização das suas competências e das habilidades que estão preservadas.

Uma pequena parcela desses sujeitos experenciam uma melhoria no seu processo de viver após a instalação da deficiência, ou seja, ampliaram sua perspectiva de vida, pois não visualizam esse evento como falta de saúde e/ou doença. Apesar da limitação imposta, preservam seu autocuidado e valorizam sua condição atual em detrimento de outros que estão em situações menos favorecidas.

Freeman (2004), citado por Lima e Correa (2009), estuda a interação entre os atores sociais, defendendo o pressuposto básico de que a conduta individual depende, em larga escala, das redes sociais nas quais os indivíduos se engajam diariamente. Isso quer dizer que a estrutura e o funcionamento desses grupos sociais dependem necessariamente de condutas individuais (Gouveia, 2008), o que permite cotidianamente a reconstrução dos processos interativos dos indivíduos (FONTES; EICHNER, 2004). Reafirmando esses pressupostos, os idosos desse estudo se caracterizam por apresentar isolamento social, tendo como interação só a relação com familiares. Por não possuírem atividades de inserção comunitária, acabam ficando restritos ao domicílio, tendo poucas oportunidades de lazer e convivência social: apenas uma idosa participava de um grupo de oração. Nesse aspecto, os idosos ora analisados pouco aparecem como sujeitos capazes de agir no contexto em que vivem, além de não vislumbrarem novos projetos de vida.

Algumas dessas situações, associadas à limitação física causada pela deficiência, podem acabar levando-os à depressão, à tristeza e às demências. Esse achado suscita aos serviços de saúde a busca de estratégias para evitar o isolamento social, uma vez que o mesmo

repercute diretamente nas vidas desses idosos. O suporte social deve integrar os idosos na sociedade, seja por meio das redes de apoio social ou mediante a construção e viabilização de políticas públicas (ARAUJO et al., 2006). Esse apoio social melhora a saúde e o bem-estar das pessoas, podendo, pois, ser um fator de proteção, preservando a relativa autonomia dos idosos na medida em que estes aprendem a compartilhar e lidar com o processo de saúde e doença na própria comunidade (VALLA, 1999). Em certos momentos, alguns idosos buscaram no profissional de saúde o suporte para suprir essa carência da falta de suporte social.

Outro fato que nos chamou a atenção é que o lazer desse grupo consiste basicamente em atividades que exijam pouca ou nenhuma mobilidade física, tais como: trabalhos manuais (crochê, tricô, renda e outros), assistir à televisão, realização de leituras e palavras cruzadas. E é justamente por exigirem pouca mobilidade que essas atividades podem vir a agravar o quadro da deficiência física, uma vez que são rotineiras no cotidiano desses idosos. Apesar disso, elas são práticas que favorecem a cognição, além de pouco onerosas.

A reabilitação geriátrica é um processo educativo no qual o cuidado é baseado na compreensão de que devem estar incorporados, além dos parâmetros físicos, o emocional e o social do idoso (DIOGO, 2000). A declaração dos direitos da pessoa deficiente, de 2007, garante o atendimento em serviços especializados em reabilitação e habilitação. Justamente pelo pouco investimento na reabilitação destes idosos, muitos são levados a uma condição de acomodação e aceitação resignada, acreditando que já cumpriram seu papel social. Nestes casos, a deficiência potencializa a dependência, a vulnerabilidade e a exclusão social desses sujeitos.

As pessoas com deficiência necessitam de transporte adequado e adaptações para se locomoverem de um ponto a outro, sozinhas, já que nem sempre podem contar com outros (LAWTHERS et al., 2003). É relevante a importância do fator transporte para a estrutura familiar no que diz respeito a gastos e qualidade em saúde (ARAUJO et al., 2006). Ao se abordar os meios de transportes, cumpre salientar que os coletivos não são utilizados pelos idosos desse estudo por não serem adaptados às suas necessidades específicas. No caso ainda de usuários de cadeiras de rodas, essa dificuldade é exacerbada, pois seu acesso aos ônibus convencionais é praticamente impossível.

Percebe-se, também, que muitos precisariam de determinados serviços de saúde, mas não possuem meios para chegar até estes locais pela falta de transporte disponível. Assim, recorrem aos familiares ou

aos táxis para tal locomoção, ficando à mercê dessas condições. Como bem discutido por Covas et al (2003), as dificuldades da pessoa com deficiência iniciam-se na etapa de andar pelas calçadas, depois, atravessar ruas, utilizar os meios de transporte públicos e, finalmente, chegar aos locais em busca de saúde, trabalho, lazer e outros. Ou seja, das grandes situações que permeiam e constroem a vida humana. Dessa forma, confirma-se que o serviço público não prioriza o deficiente físico.

A renda dos idosos desse estudo é proveniente da previdência social em 94,5% dos casos, sendo que para a maioria deles esta renda é complementada por familiares, especialmente pelos filhos.

Carvalho (2008) destaca a relação existente entre o acesso aos serviços de saúde e o nível socioeconômico, apontando que a população com maior renda tem mais acesso a estes serviços. Nesse estudo, observou-se que a população com menor renda tende a procurar mais pelo serviço de saúde na Atenção Primária, sem ter, no entanto, o acesso garantido. Alguns idosos possuíam plano privado de saúde, geralmente financiado por familiares, fazendo uso desse recurso, mas nunca deixaram de usar, em algum momento, o serviço público também.

De modo geral, os idosos possuem cuidados relacionados à sua saúde no que tange à medicalização, à adequação de dieta, à prática de atividades físicas leves (como curtas caminhadas e exercícios de alongamento), à fisioterapia (via serviço privado) e ao acompanhamento médico periódico. Logo, a percepção de saúde dos idosos é estruturada a partir de uma dimensão biomédica e medicalizada.

Um óbice relacionado ao cuidado do idoso está na abordagem médica tradicional, a qual está focada na queixa principal e em um único diagnóstico, o que é irrelevante no caso de idosos, uma vez que apresentam doenças crônicas e múltiplas (VERAS, 2008). A principal característica desse modelo biomédico é a descontextualização da deficiência, enfocando-a como um incidente isolado (Mangia, 2008), como um problema individual de quem deve se esforçar para se “normalizar” perante a sociedade (WERNECK, 2005). Pode-se constatar que esses cuidados relacionados à própria saúde, de certa forma, reproduzem o que eles recebem dos serviços de saúde: um cuidado pautado na visão biologicista.

Em relação a esses aspectos de cuidado com a saúde, vê-se que a rede de suporte familiar é quem dá sustentação para os cuidados e demandas decorrentes da deficiência física. O uso de tecnologias assistivas faz parte do universo de 83% dos idosos desse estudo. Para desenvolver suas atividades cotidianas e de autocuidado a grande

maioria dos idosos não possui autonomia e independência. No entanto, o núcleo de convivência familiar exerce efeito positivo, o que impulsiona e motiva o idoso para tentar e/ou executar tais atividades, mesmo que de forma ínfima.

Esse achado é corroborado por Leite et al (2005) quando afirmam que o retorno às atividades sociais e da vida diária está diretamente relacionado com a condição de vida de cada um deles e com o apoio familiar que recebem. A família e uma pequena rede de apoio social agregada são as principais fontes de cuidados das pessoas deficientes e, na prática, percebe-se que não existem políticas ou ações mais específicas voltadas para dar sustentabilidade a estas (OTHERO, 2009).

Apesar de, em alguns idosos, a deficiência física não ter influenciado a capacidade funcional, percebe-se que a saúde mental apresentou importante correlação com o nível de dependência, favorecendo o isolamento social. Os fatores determinantes de funcionalidade, nesses idosos, estão relacionados ao ambiente e aos hábitos de vida, que são passíveis de modificação ou reestruturação pela equipe de ESF. As políticas de promoção e prevenção de saúde têm sido efetivas em todo o mundo, além de apontarem para a redução de disfuncionalidade entre idosos (VERAS, 2008). Acredita-se que se tais estratégias fossem realmente efetivadas na Atenção Primária, muitas destas situações poderiam ser amenizadas.

O destaque está para a inadequada rede de suporte em saúde, referida pelos próprios idosos. Há um elevado número de queixas relacionadas à falta de medicamentos e insumos, à falta de atendimento para especialidades médicas e exames/procedimentos mais específicos, como fisioterapia, por exemplo. Num estudo desenvolvido em São Paulo, por Othero (2009), constatou-se que o acesso aos serviços públicos continua difícil, principalmente pela longa espera por atendimentos em algumas especialidades, além de impossibilidades de seguimento com as especialidades indicadas. Lawthers et al (2003) também encontrou em seus estudos que as pessoas com deficiências encontram limitação de acesso a medicações, especialistas e atendimento de necessidades pessoais.

No Brasil, apesar de a legislação vigente (Brasil, 2004) garantir a acessibilidade, esta prática ainda não está efetivada. O fato de existirem barreiras entre as pessoas idosas *com deficiência* e os serviços de saúde faz com que esses cidadãos tenham seu direito à saúde corrompido, o que contraria os preceitos da constituição brasileira e do SUS no que se relaciona ao acesso universal e equânime à saúde.

Os dados disponíveis permitem concluir que, apesar do grau de

satisfação ser positivo, o serviço público não atende satisfatoriamente à demanda, principalmente no que concerne à área de reabilitação e aos serviços médicos especializados.

Ao analisar a dimensão geográfica, evidenciou-se que os usuários consideraram que não há barreiras físicas de acesso aos serviços de saúde na Atenção Primária em saúde. Entretanto, um grande número deles relatou dificuldades para chegar nesses serviços em virtude das barreiras arquitetônicas, especialmente pelas calçadas e ruas mal estruturadas, pela falta de meio de transporte adaptado e pela inadequação dos serviços terceirizados de saúde (como a coleta de exames laboratoriais) às suas necessidades.

Em contraponto a esse achado, os gestores e profissionais de saúde denotam uma avaliação negativa focada em questões como estrutura física das unidades, principalmente porque algumas delas não estão adaptadas ao fluxo crescente de usuários com deficiência física que demandam esse nível de atenção. Algumas inadequações nos serviços foram citadas especialmente pelos profissionais de saúde, como: obstáculos que impedem a entrada da pessoa no serviço, sanitários adaptados inadequadamente ou inexistentes, sala de espera com espaço insuficiente e/ou inadequado, ausência de estacionamento, quicá com vaga privativa para deficientes, ausência de rampas de acesso à unidade de saúde, ausência de guichês rebaixados, equipamentos inadequados (maca, mesa ginecológica e outros), consultórios com espaço limitado, ausência de espaço para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde.

Esses sujeitos atrelam as dificuldades de atendimento não somente às barreiras arquitetônicas e estruturais dos Centros de Saúde, mas também à falta e à qualificação inadequada de recursos humanos para o cuidado ao idoso, além de deficiências nos processos de trabalho. Schopp et al (2002) pesquisaram sobre as barreiras de acessibilidade e verificaram que, além dos obstáculos físicos, as barreiras de comportamento são uma constante. Ou seja, o idoso com deficiência pode deparar-se com comportamento impróprio dos profissionais de saúde, seja pela falta de capacidade em receber esse usuário, seja por não compreender que a pessoa necessita de cuidados de saúde independentemente de sua deficiência. Em seu estudo, Wharton et al (2005) apontaram que dentre as dificuldades encontradas para obtenção de acesso estavam o acesso físico inadequado dos serviços de saúde e a dificuldades dos profissionais em conhecer e compreender a deficiência.

Assim, os gestores e profissionais de saúde concluem que as barreiras arquitetônicas e estruturais, a falta de equipamentos e de

insumos específicos (cadeira de rodas, macas adaptadas e outros), os processos de trabalho pouco flexíveis e os recursos humanos com pouca ou nenhuma instrumentalização para o atendimento desta clientela impedem a acessibilidade dos idosos com deficiência física aos serviços de saúde na Atenção Primária. Outros estudiosos encontraram em seus estudos essa mesmas dificuldades, principalmente as relacionadas às barreiras físicas (GRAY et al., 2003; TALBOT et al., 2004; THAPAR et al., 2004 e CASTRO et al., 2010) e o acesso limitado a equipamentos e ajudas técnicas (SCHOPP et al., 2002; LAWTHERS et al., 2003 e CASTRO, 2010). Já Covas et al (2003) salientam que as barreiras arquitetônicas são as mais excludentes para as pessoas com deficiência física, pois comprometem o direito de ir e vir.

Dentre esses diferentes tipos de barreiras, talvez uma das mais importantes seja a barreira programática (Paiva, 2000), a qual muitas vezes está incutida na estrutura de programas, políticas públicas, normas e regulamentos criando barreiras de forma não perceptível.

Por outro lado, o acesso é facilitado através do acolhimento da demanda espontânea, do agendamento facilitado e garantido, do agendamento de visita domiciliar e do atendimento prioritário no Centro de Saúde. Apesar de essas estratégias estarem explícitas em lei como obrigatoriedade para o atendimento de idosos, os gestores, de modo geral, colocam-nas como estratégias de facilitação de acesso. Dessa forma, processos de trabalho e fluxos de atendimento estão pouco evidentes, tanto para os profissionais de saúde, como para os gestores.

No estudo de Agnol et al (2009), os usuários buscam o serviço que melhor lhes convém usando critérios de escolha que não se restringem às facilidades de acesso geográfico, mas envolvendo principalmente as facilidades de acesso funcional, isto é, vantagens decorrentes do processo de trabalho do serviço de saúde.

No discurso dos idosos também fica explícito que o atendimento de sua demanda de saúde é satisfeito praticamente através da visita domiciliária e da assistência às demandas pontuais, como: vacinação em épocas de campanha, mensuração de sinais vitais e glicemia capilar. De modo geral, a visita domiciliar aparece na maioria dos discursos e é apontada como uma importante ferramenta de aproximação entre idoso e equipe de ESF.

Apesar de a política de atenção ao idoso e à pessoa com deficiência física ser prioridade no município, como apontado por alguns gestores, não há uma uniformidade no atendimento desses usuários. Os fluxos e protocolos de atendimento não garantem a resolutividade dos casos, como na situação dos fluxos de dispensação de

órgãos e próteses. As equipes matriciadoras também deveriam ser um suporte para a garantia desse atendimento na Atenção Primária, mas, na prática, as equipes NASF estão ainda iniciando esse processo de aproximação, em alguns locais mais fortalecido, em outros, nem tanto.

Há que se evidenciar que muitas das dificuldades em promover a acessibilidade aos idosos com deficiência física também são ampliadas por questões políticas, que permeiam o campo da saúde como um todo. Outro aspecto relevante é a falta de uma rede de continuidade de cuidados ao idoso dentro do próprio sistema público de saúde. Apesar de o Ministério da Saúde incluir a saúde do idoso como item prioritário na agenda de saúde do país, seu efeito prático ainda não foi observado. Essa dificuldade é exacerbada pelo grau de desarticulação dentro do Sistema de Saúde, o que dificulta essa operacionalização (VERAS; CALDAS, 2004). Essas situações, muitas vezes, perpassam o grau de competência de gestores e/ou profissionais da saúde, daí a emergência da intersetorialidade.

Alguns gestores colocam que o atendimento ao idoso com deficiência física no município é limitado por uma série de dificuldades. Um dos agravantes para impedir a acessibilidade é a pouca visibilidade dos idosos em situações de dependência, principalmente daqueles que não possuem familiares, ou outro responsável, para solicitar atendimento no centro de saúde. De certa forma, esse idoso não é reconhecido pela equipe de ESF, nem tampouco pelo sistema de saúde, o que só acaba acontecendo, geralmente, em virtude do agravamento de sua condição clínica ou alguma outra intercorrência. Um dos resultados mais frequentes dessa situação é o aumento do número de internações hospitalares e do tempo de ocupação dos leitos, o que onera e sobrecarrega os serviços de saúde.

Esse achado também contraria o que estudiosos como Parayba (2005) e Veras et al (2007) defendem, ou seja, que a prevenção em qualquer nível, mesmo nas fases mais avançadas da vida, é essencial. No caso dos idosos, as doenças crônicas e as incapacidades não são consequências inevitáveis do envelhecimento, como apregoado por muitas pessoas. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa reforça a importância das ações para o provimento do envelhecimento saudável, com vistas à prevenção de doenças, manutenção da capacidade funcional e reabilitação. Embora esses conceitos de prevenção à saúde já façam parte do cotidiano dos profissionais de saúde e gestores, percebe-se que a maioria dos serviços ainda é curativo e tradicional, dificultando a operacionalização dessa prática para a população idosa (VERAS, 2008).

De modo geral, é o usuário quem busca pelos serviços na Atenção Primária, seja pessoalmente, representado por outrem ou através da necessidade de algum insumo em específico. Assim, não só o atendimento das necessidades do idoso é imperativo, como também a prevenção do surgimento da deficiência ou de seu agravamento. A prevenção das deficiências pode ocorrer de duas maneiras: a primeira, quando se pretende afastar a possibilidade de aparecimento destas, e, a segunda, quando se quer evitar o agravamento das mesmas.

No discurso dos gestores há percepção acerca do crescimento da população idosa e de que o serviço de Atenção Primária está se mobilizando para proporcionar uma assistência digna a essa clientela. Diante da complexidade do fenômeno envelhecimento, gestores e profissionais da saúde salientam a importância da intersetorialidade. Nos relatos dos profissionais percebe-se que eles identificam a necessidade dos idosos de receber uma melhor atenção da equipe de ESF e ser prioridade.

Seria de grande valia um trabalho de acompanhamento e avaliação de pessoas com deficiência física para ter uma maior proximidade com esta realidade, de forma a conhecer as suas vivências e perspectivas, a fim de ampliar sua convivência social e autonomia. Já que o idoso é considerado um marcador de saúde para a Atenção Primária, é difícil compreender como os idosos com deficiência física, muitas vezes, não são reconhecidos dentro da ESF.

A estratégia de atuação é então garantir a efetiva inclusão social, ao invés da simples visão assistencialista, que visa atender de forma pontual e isolada a esse idoso, embora isso seja necessário em alguns momentos. É necessário sensibilizar gestores, profissionais e comunidade para a importância de ações conjuntas, realizar parcerias intersetoriais, desenvolver mecanismos para oportunizar a cidadania destas pessoas, disponibilizar o maior número de informações possível e estimular o intercâmbio de experiência entre os diversos atores sociais.

O processo de envelhecimento possui características próprias - ainda pouco conhecidas pelos profissionais da saúde -, que necessitam ser melhor conhecidas do ponto de vista assistencial e serem entendidas nas suas particularidades. É importante reconhecer que existe a necessidade de formação e capacitação nessa área. A temática do idoso com deficiência física é complexa e os profissionais precisam de oportunidades para essas discussões.

Problemas na acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Primária foram relatados pelos sujeitos dessa pesquisa: idosos com deficiência física, gestores e profissionais de saúde. Tais problemas

violam o princípio da equidade do SUS. Ao findar essa tese, conclui-se que um dos maiores desafios é a garantia do acesso universal. Quando tal premissa se estende aos idosos com deficiência física, esses desafios são maximizados. Apesar de contínuos esforços, ainda não conseguimos oferecer a essa população serviços que a satisfaçam, atendendo a suas necessidades.

Parafraseando Souza (2008), o acesso é uma categoria potente e estratégica para o planejamento, organização e produção de ações e serviços de saúde. Assim, entende-se que esse estudo busca qualificar a atenção à saúde do idoso, mais especificamente do idoso com deficiência física. Essa assistência poderá então ser obtida no nível primário de atenção se a rede estiver acessível, induzindo o idoso a buscar serviços especializados e/ou hospitalares, com o consequente aumento da morbi-mortalidade evitável e com a diminuição de gastos para o sistema (LOPES, 2004).

É importante ouvir a opinião dos usuários do serviço de saúde para que se possa avaliar suas necessidades e expectativas, como forma de intervir na organização do sistema de saúde e reavaliar as práticas de saúde. Talvez uma das estratégias que possibilitaria essa prática comum seria a viabilização da participação de pessoas com deficiência nas instâncias municipais do sistema de saúde.

As implicações deste estudo para a assistência a idosos com deficiência física sugerem, principalmente, ações de saúde voltadas aos seguintes aspectos: prevenção, proteção, detecção precoce, intervenções específicas de reabilitação e inclusão social. No âmbito da prevenção, atividades voltadas ao cuidado pessoal e do ambiente, educação sobre acidentes domésticos e risco de quedas, estímulo a atividades físicas. Em relação à proteção, atividades relacionadas à imunização contra doenças transmissíveis, às medidas de controle de doenças endêmicas e crônicas e suporte nutricional adequado. No aspecto da detecção precoce, a adoção de medidas que permitam evitar e/ou postergar as incapacidades geradas pelas deficiências: avaliações funcionais, orientações sobre posicionamento adequado, manuseio e facilitação nas atividades de vida diária, estimulação para aquisição de novas habilidades, avaliações clínica e intervenções terapêuticas, além de apoio e suporte à família.

Em nível municipal, sugere-se a elaboração de fluxos de acesso e definição de prioridades para o atendimento de idosos com deficiência física na Atenção Primária, além do aprimoramento dos sistemas de informação, permitindo a caracterização da população com deficiência na área de abrangência de cada unidade de saúde.

Uma das propostas seria a classificação desses idosos por grupo de fragilização, através da utilização de instrumentos que permitam a estratificação dos riscos dessa população. Sugere-se a organização de fluxos de referência e contrarreferência no município para a interação dos serviços complementares; serviços descentralizados e equipes de reabilitação, incluindo a terapia ocupacional, incorporados à rede de serviço municipal; além de fóruns de discussão técnica intersecretarias e intersecretarias do município para concepção e criação de novas estratégias de inclusão e acessibilidade.

Seria, também, de grande valia que o município dispusesse de transporte a usuários adaptado às pessoas com deficiência física, principalmente para aquelas impossibilitadas de utilizar outro tipo de transporte ou o transporte público convencional.

A Enfermagem pode contribuir principalmente no sentido da promoção, prevenção e proteção à saúde; na elaboração de tecnologias que auxiliem no processo de cuidado e reabilitação, além de construir instrumentos educativos. É importante também que as atividades em grupos sejam ampliadas, pois constituem um importante espaço de educação em saúde, servindo como estratégia para promover ao idoso a compreensão relacionada à questão da deficiência, à retomada do seu papel na sociedade e à ampliação do vínculo entre ele e os profissionais de saúde. Além disso, os grupos potencializam as oportunidades de envolvimento na comunidade, minimizando as desvantagens sociais desses idosos.

A prática da Enfermagem é parte de um processo coletivo de trabalho que tem por finalidade produzir ações de saúde, caracterizando-se por um saber específico. Ao longo do tempo, essa prática tem se constituído na organização do processo de trabalho no modelo clínico de atenção (NASCIMENTO, 2005). Atualmente, apesar dos avanços na área, esse ainda tem sido o modelo de atenção à saúde vigente, talvez o que justifique a pouca visibilidade da atuação desse profissional, conforme relatado pelos idosos, sujeitos desse estudo. A prática do enfermeiro na ESF deve ser caracterizada pelas ações programáticas e de vigilância em saúde, no âmbito do território onde atua. Apesar dessa premissa, a individualidade e a subjetividade do cuidado para com os idosos com deficiência física devem ser a base de atuação do enfermeiro, uma vez que é extremamente importante levar em consideração as percepções dos problemas de saúde desses idosos.

Talvez, se a questão da promoção à saúde estivesse incorporada à prática do enfermeiro, e dos outros integrantes da equipe de ESF, possivelmente as ações em saúde não seriam tão focadas no curativismo

e no individualismo, o que favoreceria uma assistência mais coletiva.

Apesar do esforço do município em melhorar as condições das pessoas com dificuldades de locomoção, pode-se notar que ainda existem locais que possuem barreiras de acessibilidade intransponíveis para essas pessoas. Como um dos principais achados, esse estudo aponta para a questão de barreiras arquitetônicas e urbanísticas. Assim, outra proposta seria a aplicação de um *checklist*, baseado na NBR 9050/2004, que trata da acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Esse instrumento poderia ser utilizado antes da construção de novas unidades de saúde e até mesmo nas já existentes, contando com a possibilidade de reconstruções e adaptações. Isso, de certa forma, facilitaria a acessibilidade física para várias pessoas e não somente para os idosos com deficiência física.

Pensando-se em formação e capacitação de recursos humanos, há a necessidade de incluir conceitos e procedimentos próprios voltados ao idoso, às deficiências e incapacidades, os quais devem ser inseridos na formação curricular, extracurricular e na educação permanente. A articulação junto a universidades e outras instituições afins pode ser de grande valia para introduzir temas relacionados às pessoas com deficiência.

Uma das limitações dessa pesquisa foi a reduzida participação dos profissionais de saúde. Isso pode ter acontecido em virtude de eles se sentirem constrangidos pelo fato de a pesquisadora ser gestora em um dos distritos de saúde onde foi realizado o estudo.

Outros estudos que abordem essa temática são necessários. Estudos que permitam traçar o perfil da população em todo o município seriam importantes para avaliá-la em sua totalidade, e não somente uma pequena amostra como ocorreu nesse estudo. Pesquisas que monitorem os indicadores de saúde, através de estudos epidemiológicos e clínicos, que permitam obter informações sobre a ocorrência de deficiências e incapacidades, bem como suas etiologias, avaliando o impacto das ações de saúde efetuadas.

Outro aspecto importante que merece destaque diz respeito ao aprofundamento dos conceitos e princípios da Classificação de Deficiências e Incapacidades, para que possam ser utilizados na prática, diminuindo as diversidades interpretativas.

Assim, finaliza-se esta proposta confirmando a tese de que a acessibilidade de idosos com deficiência física aos serviços de saúde na Atenção Primária, de forma integral, equânime e embasada na prevenção, promoção e proteção, melhora o estado de saúde e a qualidade de vida dos idosos, diminuindo seu perfil de fragilidade e

vulnerabilidade.

A presente pesquisa necessita de desdobramentos futuros com vistas a resultados mais específicos e globais. Para compreender esses desafios, as dimensões de acesso e acessibilidade devem ser estudadas, repensadas e discutidas a fim de que sejam encontradas estratégias para a efetivação dos cuidados propostos a esse grupo populacional.

REFERÊNCIAS

ADAMI, N. P. Acesso, utilização e aceitação dos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modelo de ver dos hansenianos. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v.1, n. 2, p. 53-67, jul. 1993.

AIRES, M.; PAES, A. A. Necessidades de cuidado aos idosos no domicílio no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 22, p. 1629-1638, 2008.

ALEXANDER, J. C. O novo movimento teórico. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Caetano do Sul, SP, v. 4, n. 2, p. 6-29, 1987.

ALEXANDER, N. B., et al. Self-reported walking ability predicts functional mobility performance in frail older adults. **J. Am. Geriatr. Soc.**, Los Angeles, v. 48, n. 11, p. 1408-1413, 2000.

ALVES, A. T., et al. Educação especial. In: **Proposta curricular**. Florianópolis, SC: SED, 1997.

AMARAL, L. Sobre crocodilos e avestruzes. In: AQUINO, J. **Diferenças e preconceitos na escola**. São Paulo: Sumus, 1998.

AMAROZO, M. C. M.; MING, L. C.; SILVA, S. P. (Ed.). **Métodos de coleta e análise de dados em etnobiologia, etnoecologia e disciplinas correlatas**. São Paulo: UNESP, 2002. p. 11-45 e 93-128.

AMIRALIAN, M. L. T., et al. Conceituando deficiência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 97-103, 2000.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter. **Journal of health and social behavior**, Los Angeles, v. 36, n.1, p.1-10, 1995.

ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S; MARTINS Jr., T. A descentralização no marco da reforma sanitária no Brasil. **Revista Pan-americana de Saúde Pública**, Washington, DC, v. 8, n.1-2, p. 85-91, jul.- ago., 2000.

ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI Jr., L. (Orgs.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina, PR: UEL, 2001.

ARANHA, M. I. (Org.). **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2003.

ARANHA, M. S. F. Integração social do deficiente: análise conceitual e metodológica. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, SP, n. 2, p. 63-70, 1995.

ARAÚJO, S. et al. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. **Interface**, Botucatu, SP, v.10, n.19, p. 3-16, 2006.

ARELHANO, M. V.; FUNES, G. P. F. M. A Pessoa Portadora de Deficiência e o Direito de Locomoção: o direito a um ambiente acessível. **Encontro de Iniciação Científica**, Toledo, PR, vol. 3, n. 3, 2007.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, v. 1, 2002.

AYRES, J. R. C. M. Care and reconstruction in healthcare practices. **Interface**, Botucatu, SP, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

AZEVEDO, P. H., BARROS, J. F. O nível de participação do Estado na gestão do esporte brasileiro como fator de inclusão social de pessoas portadoras de deficiência. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, DF, v.12, n. 1, p. 77-84, 2004.

BADLEY, E. M. An introduction to the concepts and classifications of the international classification of impairments, disabilities, and handicaps. **Disabil Rehabil**, Londres, n. 15, p. 161-78, 1993.

BAPTISTA, D. B. D. A. **Idosos no município de São Paulo: expectativa de vida ativa e perfis multidimensionais de incapacidade a partir da SABE**. 2003. 113 F. Dissertação (Mestrado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

BARACHO, J. A. **A pobreza e a luta contra a exclusão social: a cidadania degradada**. 1990. Disponível em: <<http://www.teiajuridica.com/af/exclusao.htm>>.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Editora Edições 70, 2000.

BATISTA, A. S.; BARROS, L. J.; AQUINO, L., et al. **Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social**. Brasília, DF: MPS/SPPS, 2008.

BENEFIELD, L. E. Implementing evidence-based practice in home care. **Home Health Nurse**, Texas, v. 21, n. 12, p. 804-811, 2003.

BERNARDES, A. G., GUARESCHI, N. M. F. Trabalhadores da saúde mental: cuidados de si e formas de subjetivação. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 81-101, 2004.

BEYEA, S. C.; NICOLL, L. H. Writing an integrative review. **AORN**

J., Canadá, v. 64, n. 48, [ca.1998]. p. 877-880.

_____. **História da sexualidade 3: o cuidado de si.** Rio de Janeiro: Graal; 1985.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual Técnico:** promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. 3. ed. Rio de Janeiro: ANSS, 2007.

_____. **Censo 2010.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/> Acesso em: jun. 2011>.

_____. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência Brasília.** set. 2007. Acesso: <http://conade.l2.com.br/Downloads/Docs/CARTILHA_CONVENCAO.pdf>.

_____. **Emoções e linguagem na educação e na política.** Belo Horizonte, MG: UFMG; 1998.

_____. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

_____. **Estatuto do Idoso:** cidadania, mesmo que tardia. Brasília, DF: Senado Federal, 2004.

_____. **Formação humana e capacitação.** Petrópolis, RJ: Vozes; 2000.

_____. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as**

diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF: Editora do Ministério da Educação, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Acessibilidade.** Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do idoso. **Cadernos de atenção básica nº 4,** Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004. **Regulamenta as leis nº 10.048/00 e 10.098/00.** Diário Oficial da União, 02 dez. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. **Série pactos pela saúde,** Brasília, DF, v.1, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de atenção básica nº 19,** Brasília, 2006(b).

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas 2006.** Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativas/2006>> Acesso em: abr. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência.** 2. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006(a).

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. **Diário Oficial da União, 26 jan. 2006.** Brasília, DF, jan. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde: Política Nacional de Atenção Básica**. v.4. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=1021. Acesso em: ago. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da saúde**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, DF, n. 19, 2007. 192 p.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2002.

_____. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 8, n. 1, p. 75-81, jan. 2000.

_____. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>

_____. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p399_pacto_pela_vida_idoso.pdf.

_____. **Resultado da amostra do censo demográfico 2000** – malha municipal digital do Brasil – situação em 2001. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> >. Acesso em: 04 nov. 2007.

_____. **Resumos dos cursos do Collège de France (1970-1982)**. Tradução: Andréa Daher. Rio de Janeiro: Zahar; 1997.

_____. Terminologia sobre deficiência na era da inclusão. **Revista Nacional de Reabilitação**, Marília, SP, v. 24, p. 6-9, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Legislações**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sas/legislacao.php>> Acesso em: 01 ago. 2007.

_____. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/noticias>>. Acesso em: 04 nov. 2008.

_____. **Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes**. 2007. Disponível em: <<http://www.onu-brasil.org.br>>. Acesso em: 25 set. 2010.

_____. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. **Revista da USP**, São Paulo, v. 51, p. 72-85, 2001.

_____. **Prefeitura Municipal de Florianópolis**. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/saude/>> Acesso em: 05 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/PNPS2.pdf>>. Acesso em: 01 jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde**: planejamento e organização dos serviços. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1995.

BRUCE, M. L. Depression and disability in late life: directions for future research. **Am. J. Geriatric. Psychiatry**, Nova York, v. 9, n. 2, p.102-112, 2001.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 773-781, 2003.

CAMACHO, A. C. L. F. A gerontologia e a interdisciplinaridade: aspectos relevantes para a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v.10, p. 229-233, mar. - abr. 2002.

CAMARGOS, M. C. S. **Estimativas de expectativa de vida livre de e com incapacidade funcional**: uma aplicação do método de Sullivan para idosos paulistanos. 2000. Dissertação. (Mestrado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

CARMO, A. A. **Deficiência física**: a sociedade brasileira cria, recupera e discrimina. Brasília, DF: MEC – Secretaria de Desportos, 1994.

CARVALHO, C. V. **Dados sobre a deficiência no Brasil**. 2008.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CASSIANI, S. H. B.; CALIRI, M. H. L.; PELÁ, N. T. R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 4, n. 3, p. 75-88, 1996.

CASTRO, S. S.; CESAR, C. L.; CARANDINA, L., et al. Physical disability, recent illnesses and health self-assessment in a population-

based study in São Paulo. Brazil. **Disabil Rehabil**, nº 32, p. 1212-1615, 2010.

CHAIMOWICZ, F. Epidemiologia e o envelhecimento populacional no Brasil. In: FREITAS, E. V., et al. (Orgs.) **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 106-130, 2006.

CHAIMOVICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

CHAIMOWICZ, F.; COELHO, G. L. L. M. **Relatório técnico final**. Brasília, DF: CNPq, 2004.

CHENITZ, W. C.; SWANSON, J. M. **From practice to grounded theory**. New York: Addison Wesley, 1986.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18 (supl.), p.191-202, 2002.

COSTA-LIMA, M. F. Epidemiologia do Envelhecimento. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. São Paulo: MEDSI, 2003.

COVAS, C. A.; AKASHI, L. T.; GARCIA, M. A. Avaliação da qualidade dos espaços urbanos sob o ponto de vista das pessoas com deficiência. **Caderno de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, SP, v.11, n.1, p. 5-20, 2003.

CRESWELL, J. W. **Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches**. 2. ed. Thousand Oaks: Sage Publications,

2003.

CRUZ, A. **A inconformidade dos corpos e a doença no espaço público**. Disponível em:<
<http://cabodostrabalhos.ces.uc.pt/n2/ensaios.php>>. Acesso em: 05 mai. 2011.

CUTULO, L. R. A. Modelo biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, SC, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.
D

ALY, M. P. Promoção da saúde e prevenção de doença. In:
ADELMAN, A. M.; DALY, M. P. **Geriatrics: 20 problemas mais comuns**. Rio de Janeiro: Revinter, p. 37-46, 2004.

DECESAROL, M.; FERRAZ, C. A. Desvendando o senso do limite de familiares que convivem com pessoa dependente de cuidados físicos. **1 Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, GO, v.11, p. 23-31, 2009.

DINIZ, D. **O que é deficiência**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2007.

DIOGO, M. J. D. **Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, v.12, p. 280-282, mar.- abr. 2004.

DIOGO, M. J. E.; DUARTE, Y. A. O envelhecimento e o idoso no ensino de graduação em enfermagem no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, p. 370-376, dez. 1999.

DUARTE, E. C. A informação, a análise e a ação em saúde.
Epidemiologia Serv. Saúde, Brasília, DF, v. 12, n. 2, p. 61-62, jun. 2003.

em:<<http://www.scielo.org/index.php>>. Acesso em: 2 jul 2011.

ESCOREL, S. Projeto Montes Claros: palco e bandeira de luta, experiência acumulada do movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. M. F. (Org.). **Projeto Montes Claros: a utopia revisitada**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 126-127.

FABRICIO, S. C. C.; PARTEZANI, A. R. Revisão de literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. **Revista REME**, Belo Horizonte, MG, v.9, n. 2, p. 113-119, 2008.

FAE, R. A genealogia em Foucault. **Psicol estud.**, Maringá, PR, v. 9, n. 3, p. 403-16, 2004.

FARIAS, A. M. **A construção da cidadania como foco na assistência de enfermagem à criança com necessidades especiais e sua família**. Florianópolis: [s.n.], 2000. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

FERREIRA V.; MACHADO, P. **O programa informative NUD*IST: análise qualitativa de informação escrita**. Florianópolis, SC: Centro de Filosofia e Ciências Humanas da UFSC, 1999.

FIGUEIREDO, N. M. A.; TONINI, T. **Gerontologia: atuação da Enfermagem no processo de envelhecimento**. São Caetano do Sul, SP : Yendis, 2010.

FLEMMING, K.; BRIGGS, M. Electronic searching to locate qualitative research: evaluation of three strategies. **J Adv Nurs**. v. 57, n. 1, p. 95-

100, 2007.

FOLSTEIN, M. Mini-mental and son. **Int J Geriatr Psychiatry**, Manchester, n. 13, p. 290-294, 1998.

FOLSTEIN, M.; FOLSTEIN, S.; MCHUGH, P. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state off patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, p. 189-198, 1975.

FONTES, B. A. S.; EICHNER, K. A formação do capital social em uma comunidade de baixa renda. *Redes – Revista hispana para el análisis de redes sociales*, v. 7, n. 2, 35 out./nov. 2004. Disponível em: <<http://revista-redes.rediris.es>>. Acesso em: 12 mar. 2008.

FOSTER, C. S.; KE, Y. **Stems cells in prostatic epithelia**. **Rev. Int. J. Pathol**, Japão, n. 78, p. 311-329, 1997.

FOUCAULT, M. **Hermenêutica do sujeito**. Trad. Márcio Alves da Fonseca, Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes; 2004.

FRANÇA, I. S. X.; PAGLIUCA, L. M. F.; BAPTISTA, R. S. Política de inclusão do portador de deficiência: possibilidades e limites. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, p. 112-116, 2008.

FREEMAN, L. C. **The development of social network analysis: a study in the sociology of science**. Vancouver: Empirical, 2004. ISBN 1-59457-714-5.

FRENK, J. The concepts and measurement of accessibility. In: White, K., et al. (Ed.). **Health Services Research: an Anthology**. PAHO: Washington, DC, 1992. p. 842-855.

GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 759-771, 2003. Disponível: <<http://www.scielo.org/index.php>>. Acesso em: 2 jul 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalização da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Políticas de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 177-98.

GIRONDI, J. B. R.; SANTOS, S. M. A. O cuidado de si no contexto da pessoa com deficiência. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, RS, v. 1, n.3, p. 481-488, 2011.

GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, M. M. O cuidado na enfermagem gerontogeriatrica: conceito e prática. In: FREITAS, E. V., et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GOUVEIA, V. V., et al. Teoria funcionalista dos valores humanos. In: TEIXEIRA, M. L. M. (Ed.). **Valores humanos e gestão: novas perspectivas**. São Paulo: Senac, 2008. p. 47-80.

GRAY, D. B.; GOULD, M.; BICKENBACH, J. E. Environmental barriers and disability. **J. of Arch. ans Plann**, Seattle, v. 20, p. 29-37, 2003.

GUIZZO, B. S.; KRZIMINSKI, C. O.; OLIVEIRA, D. L. L. C. O software QSR Nvivo 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para a pesquisa em ciências humanas e da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 24, n. 1, p. 53-60, abr. 2003.

HAGUETE, T. M. F. **Metodologias, qualitativas na sociologia**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DPGA, 1999.

HUBNER, L. C. M.; FRANCO, T. B. O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 173-91, 2007.

ICLE, G. Estudos da presença: itinerários interdisciplinares para a pesquisa nas artes do espetáculo. **Trama interdisc**, São Paulo, AP, n. 1, p. 21-29, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Brasil). **Censo Demográfico**: Brasil, 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/> Acesso em: jun. 2011>.

JONES, M. L. Application of systematic review methods to qualitative research: practical issues. **J Adv Nurs**, EUA, v. 48, n. 3, p. 271-278, 2004.

KATZ, S., et al. Studies of illness in the age. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, Chicago, EUA, v. 185, n. 21, p. 914-919, 1963.

KERLINGER, F. N. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: EDUSP, 1980.

LAWTHERS, A. G.; PRANSKY, G. S.; PETERSON, L. E. Himmelstein JH. Rethinking quality in the context of persons with disabilities. **Int J Qual Health Care**, Oxford, EUA, v. 15, p. 287-299, 2003.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assesment o folder people: self maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, Oxford, EUA, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

LEITE, V. B. E.; FARO, A. C. M. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, p. 92-96, 2005.

LIMA, M. A. S., et al. Acesso e acolhimento em unidade de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n.1, p. 12-17, 2007.

LIMA, M. Y.; CORREA, R. F. Elementos para uma discussão teórico-metodológica da Análise de Redes Sociais (ARS). **INTRATEXTOS**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 22-36, 2009.

LIMA, N. T., et al. (Org). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S., GIATTI, L., UCHOA, E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 745-757, 2003.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde Pública e Envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 700-701, 2003.

LITVOC, J.; DERNTL, A. M. Capacidade funcional do idoso: significado e aplicações. In: CIANCIARULLO, T. I., et al. **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe Editorial, p. 268-318, 2002.

LONGINO, J. R.; CHARLES, F. Beyond the Body: An Emerging Medical Paradigm. In: WARNES, A; WARREN, L; NOLAND, M (Eds.). **Care services for later life: transformations and critiques**. London: Jessica Kingsley Publishers Ltda, 2000.

LOPES, M. C. A inclusão como ficção moderna. **Revista de Pedagogia**, São Miguel do Oeste, SC, v. 3, n. 6, p 7-20, 2004.

LOWENBERG, J. S. Interpretative research methodology: broadening the dialogue. **Adv. Nurs. Sc.**, USA, v. 16, n. 2, p. 57-69, 1993.

MACIEL, C. T. A modernidade e o mito da deficiência. **Revista eletrônica dos pós-graduandos em sociologia política da UFSC**, Florianópolis, SC, v. 5, n. 1. p. 32-48, 2008.

MAIA, M. A. B; OSORIO, C. Trabalho em saúde em tempos de biopoder. **Arquivos brasileiros de psicologia**, Rio de Janeiro, n. 1, p. 69-79, 2004.

MANGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T.; LANCMAN, S. Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (CIF): processo de elaboração e debate sobre a questão da incapacidade. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v.19, n. 2, p. 121-130, 2008.

MARTINS, J. J.; NASCIMENTO, E. R. P.; ERDMANN, A. L., et al. O cuidado no contexto domiciliar: o discurso de idosos/familiares e profissionais. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 556-62, 2009.

MARTINS, J. J.; SILVA, R. M.; NASCIMENTO, E. R. P., et al. Idosos com necessidades de cuidado domiciliar. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 319-325, 2008.

MATURANA, H. **História da sexualidade 2**: o uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. Texto **Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 17, n. 4, p. 758-764, out.- dez. 2008.

MENDES, W. **Home Care**: Uma Modalidade de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, 2001.

MIGUEL, M. E. G. B.; PINTO, M. E. B.; MARCON, S. S. A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, GO, v. 9, p. 784-795, set.-dez. 2007.

MILLMAN, M. **Access to health care in America**. Washington, DC: National Academy press, 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, p. 19-25, 2001.

MORRETTI-PIRES, R. O.; CAMPOS, D. A. **Pesquisa Qualitativa em Saúde Coletiva como instrumento de transformação social**: uma

proposta fundamentada no pensamento hermenêutico-dialético. *Saúde & Transformação/ Social/Health & Social Change*, 2011 [prelo].

MURDEN, R. A.; McRAE, T. D.; KANER, S.; BUCKNAM M. E. Mini-Mental State Exam scores vary with education in blacks and whites. **J Am Geriatr Soc**, n. 39, p.149 -155, 1991.

NAGI, S. Z. **An epidemiology of disability among adults in the United States**. *Milbank Q*, v. 54, n. 4, p. 439-468, 1976.

NASCIMENTO, S. M.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p. 335-3345, abr.-jun., 2005.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. 2. ed. Campinas: Papyrus, 2005.

NEUMAN, W. L. **Social Research Methods**: qualitative and quantitative approaches. 6. ed. Boston/New York/San Francisco: Pearson, 2006.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Conferência Internacional de Pessoa Portadora de Deficiência**. 2006. Disponível em <<http://www.assinoinclusao.org.br/downloads/convenção.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2008.

ORTEGA, F. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. **Interface**, Botucatu, SP, v. 8,

n. 14, p. 9-20, set. 2003-fev. 2004.

OTHERO, M. B.; DALMASO, A. S. W. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. **Interface**, Botucatu, SP, v. 13, n. 28 mar. 2009.

PAGLIUCA, L. M. F. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a serviços básicos de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 494-500, 2006.

PAIVA, V. L. M. O. **Fazendo arte com a camisinha**: sexualidade jovem em tempos de AIDS. São Paulo: Summus, 2000.

PAIXÃO Jr., C. M.; HECKMANN, M. Distúrbios da Postura, marcha e quedas. In: FREITAS, E. V., et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 625-34.

PARAHYBA, M. I.; SIMÕES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciências da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, p. 967-74, 2006.

PARAYBA, M. I.; VERAS, R. P.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre mulheres idosas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 383-91, 2005.

PESSOTI, I. **Deficiência mental**: da superstição à ciência. São Paulo: Editora Universidade, 1984.

PICCINI, R. X; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E., et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciências da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 657-67, 2006.

PIRES, M.; PAES, A. A. Necessidades de cuidados aos idosos no domicílio no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 29, p. 83-89, 2008.

PITTELLA, J. E. H. Envelhecimento cerebral normal. In: CANÇADO, F. A. X. **Noções práticas de geriatria**. Belo Horizonte, MG: Coopmed, 1994. p. 69-82.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2005.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 1.726 p.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, 2003.

RAVESLOOT, C.; SEEKINS, T.; WHITE, G. Living Well with a Disability health promotion intervention: Improved health status for consumers and lower costs for health care policymakers. **Rehabilitation Psychology**, EUA, v. 50, p. 239-245, 2005.

RECHINELI, A.; PORTO, E. T. R.; MOREIRA, W. W. **Corpos deficientes, eficientes e diferentes: uma visão a partir da educação física**. **Revista Brasileira de Educação Especial**, São Paulo, v. 14, p. 293-310, 2008.

REIS, E. J. F. B., et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 50-61, jan.-mar. 1990.

RESENDE, A. P. C.; VITAL, F. M. P. **A convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência comentada**. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008.

RICHARDS, L.; MORSE, J. M. **User's Guide to Qualitative Methods**. 2. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2007.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. (Org.). **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre, RS: ARTMED, 2003. p. 28-49.

ROSA, T. E. C., et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.

SANTOS, S. R.; NÓBREGA, M. M. L. A. Grounded Theory como alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 55, n. 5, p. 575-579, 2002.

SASSAKI, R. K. **Inclusão: Construindo uma sociedade para todos**. 7. Rio de Janeiro: WVA, 2006.

SCHOENENBERGER, A. W.; STUCK, A. E. Health care for older persons in Switzerland: a country profile. **J. Am. Geriatr**, EUA, v. 54, n. 6, p. 986-990, 2006.

SCHOPP, L. H.; SANFORD, T. C.; HAGGLUND, K. J.; et al. Removing service barriers for women with physical disabilities: promoting accessibility in the gynecologic care setting. **J. Midwifery & Women's Health**, EUA, v. 47, p. 74-79, 2002.

SCHÜTZ, A. **Fenomenologia e relações sociais**. Rio de Janeiro: Zahar: 1979.

SILVA, L. M. O estranhamento causado pela deficiência: preconceito e experiência. **Revista Brasileira de Educação**, São Paulo, v. 11, n 33, p. 33-53, 2008.

SILVEIRA, T. M.; CARNEIRO, T. F. C. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1629-1638, ago. 2006.

SILVESTRE, J. A.; NETO, M. M. C. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, jun. 2003.

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C. An overview of research designs relevant to nursing: Part 1: quantitative research designs. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 15, n. 3, p. 503-507, mai-jun. 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2007. Disponível em:
<<http://www.brasilia.unesco.org/publicacoes/livros/atencaoprimaria>>. Acesso em: 08 abr. 2009.

STERN, P. N. Grounded theory methodology its uses and processes. **Image**, v. 12, n. 1, p. 20-23, 1980.

TALBOT, L. R.; VISCONGLIOSI, C.; DESROSIERS, J., et al. Identification of rehabilitation needs after a stroke: an exploratory study. **Health and Quality of Life Outcomes**, Canadá, v. 2, p. 53-61, 2004.

THAPAR, N.; WARNER, G.; DRAINOMI, M. L., et al. A pilot study of functional access to public buildings and facilities for person with impairments. **Disabil Rehabil**, Londres, v. 26, p. 280-289, 2004.

THIEDE, M.; MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1168-1173, maio 2008.

TOSCHI, C. M. A modernidade e o mito deficiência. **Rev eletr pós-grad soc pol UFSC**, Florianópolis, SC, v. 5, n.1, p. 32-48, 2008.

TRAVASSOS, C. M. R. Fórum: equity in access to health care. **Cadernos saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1159-1161, 2008.

TRAVASSOS, C. M. R.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 190-198, 2004.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

TURRA, C. M.; QUEIROZ, B. L. **Before it's too late**: demographic transition, labour supply and social security problems in Brazil. United Nations Expert Group Meeting on Social and Economic Implications of Changing Population Age Structures. México, Divisão de População, 2005.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, p. 445-452, 1990.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de

Janeiro, v.15, p. 7-14, 1999.

VASCONCELOS, L. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a serviços básicos de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 494-500, 2006.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 705-715, 2003.

_____. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 43, p. 548-554, 2009.

VERAS, R. P. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. **Rev USP**, v. 51, p. 72-85, 2001.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 423-432, 2004.

VISHNEVSKY, T.; BEANLANDS, H. Interpreting research in nephrology nursing: Qualitative research. **Nephrol. Nurs. J.**, EUA, v. 31, n. 2, p. 234-328, 2004.

WERNECK, C. **Manual sobre desenvolvimento inclusivo**. Rio de Janeiro: WVA, 2005.

WHARTON S.; HAMES, A.; MILNET, H. The accessibility of general NHS services for children with disabilities. **Child: Care, Health & Development**, EUA, v. 31, p. 275-82, 2005.

WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION (Suíça). **International**

classification of functioning disability and health (ICIDH-2).

Genebra: WHO, 2001.

YANG, Y.; GEORGE, L. K. Functional disability, disability transitions, and depressive symptoms in late life. **J. Aging Health**, Canadá, v. 17, n. 3, p. 263-292, 2005.

YLIKOSKI, R. et al. Correction for age, education and other demographic variables in the use of the Mini Mental State Examination in Finland, **Acta Neurol Scand**, EUA, n. 85, p. 391-396, 1992.

YUASO, D. R.; SGUIZZATTO, G. T. Fisioterapia em pacientes idosos. In: PAPALÉO-NETTO, M. (Org.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 331-347.

ZIMMER, L. Qualitative meta-synthesis: a question of dialoguing with texts. **J. Adv. Nurs.**, EUA, v. 53, n. 3, p. 311-318, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – PROTOCOLO DE PESQUISA PARA REVISÃO INTEGRATIVA

 <p>Universidade Federal de Santa Catarina</p>	 <p>Programa de Pós-Graduação em Enfermagem</p>	<p>PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</p>	
<p>DOCTORADO – Dda. JULIANA BALBINOT REIS</p>			
<p>PROTOCOLO PARA REVISÃO INTEGRATIVA</p>			
<p>I. RECURSOS HUMANOS: Pesquisadora responsável: Dda. Juliana Balbinot Reis Girondi Pesquisadora orientadora: Dra. Sílvia Maria de Azevedo dos Santos</p>			
<p>II. PERGUNTA: Quais estudos quantiqualitativos são realizados sobre acessibilidade, experiências, programas e políticas de saúde na atenção básica voltados para a pessoa idosa com deficiência?</p>			
<p>III. OBJETIVO: Analisar os tipos e as bases teórico-metodológicas de estudos quali quantitativos realizados sobre acessibilidade, experiências, programas e políticas de saúde na atenção básica voltados para a pessoa com deficiência.</p>			
<p>IV. DESENHO DO ESTUDO: Trata-se de uma revisão integrativa de abordagem quanti-qualitativa, seguindo as etapas (GANONG, 1987):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Seleção das questões temáticas; 2) Estabelecimento dos critérios para seleção da amostra; 3) Representação das características da pesquisa original; 4) Análise dos dados; 5) Interpretação dos resultados; 6) Apresentação da revisão integrativa. 			
<p>V. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: artigos de pesquisas quali quantitativas sobre o tema, revisão de literatura, ensaios, relatos de experiência, programas, políticas de saúde e reflexão teórica publicados em periódicos das bases de</p>			

dados selecionadas para o estudo; estudos que apresentam os descritores listados neste protocolo; estudos publicados em periódicos ou anais de eventos na forma completa; livro; capítulo de livro; teses e dissertações.

VI. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: publicações de trabalho duplicados; cartas; editoriais; resumos em anais de eventos ou periódicos; materiais publicados em outros idiomas que não sejam inglês, espanhol e português.

VII. ESTRATÉGIAS DE BUSCA:

a) Descritores (DeCS/MeSH):

- Pessoas com Deficiência (Disabled Persons): Pessoas com inaptidão física ou mental que afeta ou limita suas atividades de vida diárias e que podem requerer acomodações especiais.

- Acesso aos Serviços de Saúde (Health Services Accessibility): Possibilidade dos indivíduos adentrarem e utilizarem os serviços de atenção à saúde, com vistas à resolução de problemas que afetem a saúde. Dentre os fatores que influem nesta possibilidade incluem-se: considerações geográficas, arquitetônicas, de transporte, financeiras, entre outras.

- Idoso (Aged): pessoas de 65.

b) Bases de Dados: MEDLINE; LILACS; SciELO; BDEFN; LEYES; MEDCARIB; PHO; WHOLIS.

c) Acervos virtuais de Bibliotecas: Ministério da Saúde (Brasil); a captação de livros, teses e dissertações, bem como materiais não disponíveis full text online dar-se-á pelo serviço de comutação bibliográfica a partir da Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina.

d) Listar as referências dos materiais encontrados, para buscar referências que possam ser de interesse à revisão integrativa.

e) Consulta (via e-mail) a *experts* na área para solicitar possíveis materiais que não tenham sido publicados, ou cuja publicação não esteja disponível em meio virtual.

f) Período de busca: inicialmente não haverá período em anos estipulado para a busca de material, ou seja, será realizada uma busca completa a partir da data de criação de cada base de dados. Posteriormente, a partir do material encontrado será feita uma avaliação dos materiais publicados nos últimos 10 anos (de 1998-2008).

VIII. SELEÇÃO DOS ESTUDOS: A partir do critério de exaustão e pertinência na coleta dos dados, inicialmente o material (na forma de resumos) será separado, tanto no meio impresso como digital, conforme a sua natureza (artigos, teses, dissertações, livros, anais, capítulos de livros, entre outros) e o tipo de estudo (pesquisa, relato experiência, ensaio, programas, políticas de saúde, revisão de literatura e reflexão teórica). A pesquisadora responsável irá fazer uma leitura flutuante de todo o material coletado (resumos), para conferir se os materiais são condizentes com o objetivo do estudo, sendo que dos que forem pertinentes serão resgatados os textos completos.

IX. AVALIAÇÃO CRÍTICA DOS ESTUDOS: Será realizada uma releitura criteriosa dos materiais pré-selecionados (textos completos), sendo selecionados aqueles que atendem a todos os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos no protocolo.

X. COLETA DOS DADOS: Os materiais selecionados pela pesquisadora (textos completos) serão organizados a partir do instrumento (Apêndice 01) e posteriormente analisados segundo seu objetivo, referencial teórico, método, resultados e conclusões.

XI. ANÁLISE DOS DADOS: Após a coleta e organização do material, os dados serão analisados a partir da Análise Temática, proposta por Minayo (2004), como uma das técnicas utilizadas para Análise de Conteúdo.

XII. SÍNTESE DOS DADOS: A síntese será realizada na forma de narrativas a partir da análise quali-quantitativa dos dados coletados.

XIII. CRONOGRAMA:

Atividade	Período	2008				
		Out	Nov	Dez	Jan	Fev
Elaboração protocolo						
Busca dos estudos						
Seleção dos estudos						
Organização dos estudos						
Avaliação crítica dos estudos						
Coleta dos dados instrumentos						
Organização dos dados coletados						
Checagem dos dados coletados						
Síntese dos dados						
Elaboração artigo revisão integrativa						

XIV. REFERÊNCIAS:

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **DECS - Descritores em Ciências da Saúde**. Acesso em: 10 abr, 2008. Disponível em: <http://decs.bvs.br/> .

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing. **Rev. Nurs Health**, v.10, n. 1, p. 1-11, 1987.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2004.

Código Trabalho*				
Título				
Autores e Ano Publicação				
Tipo de Trabalho				
Objetivos				
Referencial Teórico				
Universo (país, local de desenvolvimento, método, técnica e amostra)				
Resultados				
Conclusões				

* Os códigos seguirão a seguinte lógica:

1) Sigla do formato de publicação:

AT = artigos; **AN** = anais; **T** = teses; **D** = dissertações; **M** = monografias; **L** = livros; **CL** = capítulo de livros

2) Sigla do tipo de publicação:

P = Pesquisa; **RE** = Relato Experiência; **E** = Ensaio; **RL** = Revisão de Literatura; **RT** = Reflexão Teórica **PP**=Programas; **PS**= Políticas de Saúde

APÊNDICE B – CARTA-CONVITE AOS PAINELISTAS

Florianópolis, maio de 2010.

Prezado(a) Sr(a):

Sou enfermeira, doutoranda do Curso de Pós-Graduação de Enfermagem PEN/UFSC, em nível de Doutorado. Estou desenvolvendo uma pesquisa científica sobre “**A ACESSIBILIDADE DO IDOSO COM DEFICIÊNCIA AO SISTEMA DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS**”. Tal proposta tem o objetivo geral de investigar a acessibilidade de idosos com deficiência física aos serviços de saúde na atenção básica, no município de Florianópolis, na perspectiva dos mesmos, dos profissionais de saúde e gestores.

Os objetivos específicos são:

- Averiguar os limites provocados pela deficiência física em idosos atendidos na atenção básica em saúde, através do Índice de Barthel.
- Investigar as barreiras de acesso aos serviços de saúde na atenção básica enfrentadas pelos idosos com deficiência física, gestores e profissionais de saúde.
- Conhecer o significado atribuído pelos idosos com deficiência física com relação as suas experiências de acesso aos serviços de saúde na atenção básica.
- Identificar as percepções dos profissionais de saúde e gestores sobre a acessibilidade de idosos com deficiência física aos serviços de saúde na atenção básica.

Com o propósito de desenvolver um estudo de qualidade, torna-se necessário adotar instrumentos adequados que permitam uma boa coleta de dados. Por isso, entendo que a sua colaboração será de máxima importância para busca destas melhorias. Ficarei muito grata se você puder contribuir. A colaboração que estou solicitando é a sua disponibilidade para responder algumas questões, as quais servirão para que eu possa elaborar um instrumento para coleta de dados. Portanto, solicito que responda as perguntas em anexo e as remeta por e-mail **até o dia 15/05/2010**.

Atenciosamente, Enf Juliana Balbinot Reis Girondi

Orientadora: Prof Dra Sílvia Maria Azevedo dos Santos
(PEN/UFSC)

PERGUNTAS RELACIONADAS AOS USUÁRIOS

- 1) Quando você necessita de cuidados com sua condição de vida e de saúde aonde os procura? Como é esse atendimento? Justifique.
- 2) Quais as facilidades e dificuldades de acesso aos serviços de saúde que você constata enquanto usuário desses serviços?
- 3) Como você percebe o atendimento oferecido pelos profissionais de saúde para as pessoas com deficiência física? E se essas pessoas forem idosas?

Espaço para outras colocações, se necessário:

PERGUNTAS RELACIONADAS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- 1) Relate como você percebe o atendimento ao idoso com deficiência física na atenção básica de saúde.
- 2) O que facilita e o que dificulta este atendimento?
- 3) Que instrumentos/estratégias você julga necessários para prestar esse atendimento?

Considerando suas experiências profissionais você pode fazer outras colocações, se desejar:

PERGUNTAS RELACIONADAS AOS GESTORES EM SAÚDE

- 1) Relate como você percebe o atendimento do idoso com deficiência física na rede básica de saúde?
- 2) Quais as facilidades e dificuldades que você encontra, enquanto gestor de saúde, para oportunizar o atendimento a estes idosos?
- 3) De modo geral, cite quais as mudanças (todas) você julga necessárias para facilitar o acesso do idoso com deficiência física aos serviços de saúde na atenção básica.

Espaço para outras colocações, se necessário:

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O USUÁRIO (IDOSO COM DEFICIÊNCIA FÍSICA)

Data entrevista: ____/____/____ **Início:** _____ **Fim:**

Dados de identificação:

Nome:

Data de Nascimento: ____/____/____

Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Estado Civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () Divorciado ()

Outro:

Escolaridade:

Profissão:

Ocupação:

Renda mensal aproximada:

Benefícios sociais (aposentadoria, previdência privada, auxílios sociais e outros):

Número de filhos:

Endereço:

Tempo de moradia:

Reside com:

Telefones de contato:

Questões Principais: Relate como vem sendo sua vida a partir do momento em que se instalou sua deficiência física.

- 1) Tipo de deficiência: () Congênita () Adquirida
Localização:
- 2) Tempo da deficiência instalada.
- 3) Usa algum tipo de auxílio/aparelho ortopédico. Especifique.

Cuidados com a saúde e utilização dos serviços de saúde:

- 1) Por favor, fale-me sobre sua saúde e seus cuidados com ela.
- 2) Quando você necessita de alguma ajuda a quem você solicita?
- 3) Quais os serviços (tanto faz se públicos ou privados) de saúde que você utiliza?
- 4) Fale-me sobre suas experiências ao utilizar os serviços oferecidos aqui pelo Centro de Saúde.

- 5) Você participa de grupo(s) que são desenvolvidos no Centro de Saúde. Se afirmativo, cite-os e em que periodicidade
- 6) Você recebe visita do ACS? Qual a periodicidade?
- 7) Você faz algum tipo de acompanhamento com especialista (psiquiatra, nutricionista, geriatra e outros)? Como chegou até este profissional?
- 8) Como é para você chegar até o Centro de Saúde? Como você vai até lá?
- 9) Você já necessitou de cuidados profissionais em casa? Quais? Quem realizou estes cuidados? Como chegaram até você?
- 10) Para você o que é mais difícil conseguir quando precisa utilizar o (s) serviço (s) do Centro de Saúde? Justifique.
- 11) O que é mais fácil de conseguir?
- 12) Cite quais as mudanças (todas) que você julga necessárias no Centro de Saúde.

Apoio Social

- 1) Quais são suas atividades de lazer?
 - 2) Quais são suas atividades de inserção comunitária (grupos religiosos, grupos de convivência e outros)?
 - 3) Qual o tipo de meio de transporte/locomoção que você geralmente utiliza? Quais as facilidades e dificuldades.
-
- Espaço para outras colocações:

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Dados de identificação:

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Estado Civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () Divorciado ()

Outro: _____

Profissão: () Médico () Enfermeiro

Escolaridade/Titulação: _____

Tempo de trabalho na profissão: _____

Tempo de trabalho no local atual (Centro de Saúde): _____

Tempo de trabalho em PSF: _____

Questão Principal: Relate como é para você atender o idoso com deficiência física na atenção básica.

- Para você o que facilita e o que dificulta este atendimento?

Atitudes e crenças relacionadas ao serviço de saúde

- Em sua opinião, como ocorre atualmente o acesso do idoso com deficiência física aos serviços de saúde na atenção básica?

- Quando você faz encaminhamentos após atender estes usuários, quais **os mais fáceis e os mais difíceis** para serem conseguidos? Em sua opinião por que isso acontece?

- De modo geral, cite quais as mudanças (todas) você julga necessárias para facilitar o acesso do idoso com deficiência física aos serviços de saúde na atenção básica.

- Para mim, o idoso com deficiência física é....

- Espaço para outras colocações:

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!!!

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA OS IDOSOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu,....., declaro estar de acordo em participar da pesquisa intitulada **A ACESSIBILIDADE DO IDOSO COM DEFICIÊNCIA AO SISTEMA DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS** desenvolvida pela Enfermeira Juliana Balbinot Reis Girondi, aluna do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, em nível de Doutorado, da Universidade Federal da Santa Catarina, sob a orientação da professora doutora Silvia Maria Azevedo dos Santos. Estou ciente de que o objetivo desse estudo é compreender as questões relacionadas ao acesso do idoso com deficiência física aos serviços de saúde na atenção primária à saúde. Fui informado(a) de que há garantia de sigilo e anonimato dos meus dados pessoais. Estou certo(a) de que as responsáveis pelo projeto estarão aptas a esclarecer-me qualquer dúvida sobre o desenvolvimento desse trabalho bem como poderei solicitar para averiguação, a qualquer momento, todo material produzido em nossos encontros. Também autorizo as autoras a utilizarem os resultados dessa pesquisa para divulgação em trabalhos no meio acadêmico e em publicações científicas. A minha participação é voluntária e posso desistir a qualquer momento, comunicando a pesquisadora principal pelos telefones: (48)9924-8343/3733-4594 ou via e-mail: julibreis@hotmail.com. Estou ciente que não obterei qualquer benefício financeiro ou de outra ordem ao fazer parte deste projeto de pesquisa.

Assinaturas:

Pesquisadora principal:.....

Pesquisadora responsável:.....

Informante:.....

RG:.....

Autorizo a gravação das entrevistas: () Sim () Não

Florianópolis,.....de.....de 20.....

APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu,.....
.... declaro estar de acordo em participar da pesquisa intitulada **A ACESSIBILIDADE DO IDOSO COM DEFICIÊNCIA AO SISTEMA DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS** desenvolvida pela Enfermeira Juliana Balbinot Reis Girondi, aluna do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, em nível de Doutorado, da Universidade Federal da Santa Catarina sob a orientação da professora doutora Sílvia Maria Azevedo dos Santos. Estou ciente de que o objetivo desse estudo é compreender as questões relacionadas ao acesso do idoso com deficiência física aos serviços de saúde na atenção primária à saúde. Fui informado(a) de que há garantia de sigilo e anonimato dos meus dados pessoais. Estou certo(a) de que as responsáveis pelo projeto estarão aptas a esclarecer-me qualquer dúvida sobre o desenvolvimento desse trabalho bem como poderei solicitar para averiguação, a qualquer momento, todo material produzido através do questionário. Também autorizo as autoras a utilizarem os resultados dessa pesquisa para divulgação em trabalhos no meio acadêmico e em publicações científicas. A minha participação é voluntária e posso desistir a qualquer momento, comunicando a pesquisadora principal pelos telefones: (48)9924-8343/3733-4594/3244-3955 ou via e-mail: julibreis@hotmail.com. Estou ciente que não obterei qualquer benefício financeiro ou de outra ordem ao fazer parte deste projeto de pesquisa.

Assinaturas:

Pesquisadora principal:.....

RG: 3080176 SSP/SC

Informante:.....

RG:.....

Florianópolis,.....de.....de 2010.

APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA OS GESTORES DE SAÚDE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu,.....
.... declaro estar de acordo em participar da pesquisa intitulada **A ACESSIBILIDADE DO IDOSO COM DEFICIÊNCIA AO SISTEMA DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS** desenvolvida pela Enfermeira Juliana Balbinot Reis Girondi, aluna do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, em nível de Doutorado da Universidade Federal da Santa Catarina sob a orientação da professora doutora Sílvia Maria Azevedo dos Santos. Estou ciente de que o objetivo desse estudo é compreender as questões relacionadas ao acesso idoso com deficiência física aos serviços de saúde na atenção primária a saúde. Fui informado(a) de que há garantia de sigilo e anonimato dos meus dados pessoais. Estou certo(a) de que as responsáveis pelo projeto estarão aptas a esclarecer-me qualquer dúvida sobre o desenvolvimento desse trabalho bem como poderei solicitar para averiguação, a qualquer momento, de todo material produzido através do questionário. Também autorizo as autoras a utilizarem os resultados dessa pesquisa para divulgação em trabalhos no meio acadêmico e em publicações científicas. A minha participação é voluntária e posso desistir a qualquer momento, comunicando a pesquisadora principal pelos telefones: (48)9924-8343/3733-4594/3244-3955 ou via e-mail: julibreis@hotmail.com. Estou ciente que não obterei qualquer benefício financeiro ou de outra ordem ao fazer parte deste projeto de pesquisa.

Assinaturas:

Pesquisadora principal:.....

RG: 3080176 SSP/SC

Informante:.....

RG:.....

Florianópolis,.....de.....de 2010.

APÊNDICE H – ROTEIRO DE BUSCA ATIVA DE IDOSOS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA PARA OS ACS

DEFICIÊNCIA FÍSICA: considerada quando apresenta alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, Alguns exemplos: amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida (exceto as deformidades estéticas).

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- ✓ Ter idade igual ou superior a 60 anos
- ✓ Residir na área adscrita do CS
- ✓ Com deficiência(s) física(s) congênita(s) ou adquirida(s), há pelo menos um ano
- ✓ Ausência de alterações cognitivas e/ou mentais graves
- ✓ Aceitar participar da pesquisa

NOME:

ENDEREÇO:

FONES DE CONTATO: _____

TIPO DE DEFICIÊNCIA: _____

HORÁRIOS/DIAS PARA VISITAS:

ACS:

FONES/E-MAIL: _____

OUTRAS OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

Enf Juliana Balbinot Reis Girondi: 9924-8343/3244-3955/3244-2557
julibreis@hotmail.com

APÊNDICE I – CARTA-CONVITE AOS GESTORES

Florianópolis, julho de 2010.

Prezado(a) Sr(a):

Sou enfermeira, doutoranda do Curso de Pós-Graduação de Enfermagem PEN/UFSC, em nível de Doutorado. Estou desenvolvendo uma pesquisa científica sobre “**A ACESSIBILIDADE DO IDOSO COM DEFICIÊNCIA AO SISTEMA DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS**”. Tal proposta tem o objetivo geral de investigar a acessibilidade de idosos com deficiência física aos serviços de saúde na atenção básica, no município de Florianópolis, na perspectiva dos mesmos, dos profissionais de saúde e gestores.

Os objetivos específicos são:

- Averiguar os limites provocados pela deficiência física em idosos atendidos na atenção básica em saúde, através do Índice de Barthel.
- Investigar as barreiras de acesso aos serviços de saúde na atenção básica enfrentadas pelos idosos com deficiência física, gestores e profissionais de saúde.
- Conhecer o significado atribuído pelos idosos com deficiência física com relação as suas experiências de acesso aos serviços de saúde na atenção básica.
- Identificar as percepções dos profissionais de saúde e gestores sobre a acessibilidade de idosos com deficiência física aos serviços de saúde na atenção básica.

Este estudo foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e pelo CEPE da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o protocolo de número 327383.

A colaboração que estou solicitando é a sua disponibilidade para responder a um questionário. Caso aceite fazer parte da pesquisa deverá assinar o TCLE em duas vias, sendo que uma delas ficará em sua posse. Ficarei muito grata se você puder contribuir.

Atenciosamente,

Enf. Juliana Balbinot Reis Girondi. Fones: 9924-8343.
julibreis@hotmail.com

Orientadora: Profª Dra Sílvia Maria Azevedo dos Santos (PEN/UFSC)

APÊNDICE J – QUESTIONÁRIO PARA GESTORES EM SAÚDE

Dados de identificação:

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Estado Civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () Divorciado ()

Outro: _____

Profissão: () Médico () Enfermeiro () Dentista () Outro.

Especifique: _____

Escolaridade/Titulação: _____

Ocupação/Função atual: _____

Tempo de trabalho na profissão: _____

Tempo de trabalho no local atual: _____

Tempo de trabalho na SMS: _____

- Questão Principal: Relate como você percebe o atendimento do idoso com deficiência física na rede básica de saúde

Atitudes e crenças relacionadas ao serviço de saúde

1. Em sua opinião, como ocorre atualmente o acesso do idoso com deficiência física aos serviços de saúde na atenção básica?

2. Como você percebe a estrutura do Centro de Saúde para atender este tipo de usuário?

3. O que deveria ser modificado na estrutura dos Centros de Saúde para atender este tipo de usuário?

4. Como gestor quais os aspectos **mais fáceis e os mais difíceis** para viabilizar o acesso e o atendimento adequado ao idoso com deficiência física aos serviços de saúde na atenção básica?

5. De modo geral, cite quais as mudanças (todas) você julga necessárias para facilitar o acesso do idoso com deficiência física aos serviços de saúde na atenção básica.

6. Para mim o idoso com deficiência física é...

▪ Espaço para outras colocações:

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!!!

ANEXOS

**ANEXO A – ARTIGO NO PRELO DA REVISTA DE
ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
MARIA (REUFSM), EM 2011.**

**O CUIDADO DE SI NO CONTEXTO DA PESSOA COM
DEFICIÊNCIA
SELF-CARE IN THE CONTEXT OF THE PERSON WITH
DEFICIENCY
EL CUIDADO DE SÍ MISMO EN EL CONTEXTO DE LA
PERSONA CON DEFICIENCIA**

Juliana Balbinot Reis Girondi
Silvia Maria Azevedo dos Santos

RESUMO

O dimensionamento da deficiência no Brasil é difícil em razão dos poucos dados e informações de abrangência nacional disponíveis. Trata-se de um tema relevante no âmbito da saúde pública, embora a assistência a essa população se insira marginalmente no sistema de saúde. O artigo objetiva, a partir do pensamento de Michel Foucault, considerar a problemática da pessoa com deficiência e a ética do cuidado de si no processo de subjetivação e na arte da sua existência. Dedicar suas reflexões também à contextualização da deficiência ao longo da história até a contemporaneidade. Conclui-se ser necessário romper com o conceito de subjetividade em defesa de uma perspectiva de cuidado de si enquanto sendo uma instância que oportuniza a relação e o desenvolvimento da pessoa com deficiência consigo e com os outros. E, dessa forma, permitindo-se novos modos de viver e de pensar sobre si mesmo.

Descritores: Enfermagem; Ética; Pessoas com deficiência.

ABSTRACT

The dimensions of disability in Brazil is difficult because of limited data and information available nationwide. This is an important issue within public health, although health care to this population falls marginally in the health system. The article aims, from Michel Foucault concept, to consider disabled person's issues and the subjectivity process of self-care ethics and the art of one's existence. Also devotes his reflections on the disability context throughout history until nowadays. It was found necessary to break with the subjectivity concept of, defending a view of

self-care, while an instance that nurture the relationship and the development of the disabled person himself and with others. Thus, allowing up new ways of living and thinking about oneself.

Descriptors: Nursing; Ethics; Disabled persons.

RESUMEN

Las dimensiones de la discapacidad en Brasil son difíciles debido a la escasez de datos e informaciones disponibles a nivel nacional. Este es un tema importante en el ámbito de la salud pública, aunque la atención de salud a esta población se insiera marginalmente en el sistema de salud. El artículo tiene como objetivo, a partir del pensamiento de Michel Foucault, considerar los problemas de la persona con discapacidad y la ética de cuidar de sí mismo en el proceso de la subjetividad y el arte de su existencia. También dedica sus reflexiones sobre el contexto de la discapacidad a lo largo de la historia hasta el presente. En la conclusión se percibe necesario romper con el concepto de la subjetividad, la defensa de una visión de cuidado de sí mismo, mientras que una instancia que nutren la relación y el desarrollo de la persona con discapacidad sí mismo y con los demás. Por lo tanto, lo que permite nuevas formas de vivir y de pensar sobre sí mismo.

Descriptoros: Enfermería; Ética; Personas con discapacidad.

INTRODUÇÃO

Este estudo reflexivo tem como foco central de análise a questão da pessoa com deficiência e a ética do cuidado de si, tendo como principal base teórica a obra “História da Sexualidade 3: o cuidado de si”, de Michel Foucault. A ética do cuidado é um exercício de vida que deve acontecer em todo processo da nossa existência; é um princípio de desenvolvimento pessoal e social; assim, nessa relação estão intrinsecamente nossos deveres para com a humanidade¹. Ocupar-se consigo exige uma prática de atividades diversas e em interatividade com os outros, o que nos remete a reflexão de que essa não é uma prática individualista, mas uma prática social em que o sujeito busca a soberania sobre si, indispensável para as relações que mantém no meio social¹.

A linha teórica percorrida baseia-se nos pensamentos foucaultianos, porque Foucault é um dos principais autores a tratar das tecnologias do eu e do cuidado de si. Suas proposições consistem na tentativa de elucidar em que medida o trabalho de pensar a sua - ou a nossa - própria história pode liberar o pensamento daquilo que ele pensa

silenciosamente e permitir-lhe pensar diferentemente².

Continuamente se observa que o corpo tem sido alvo de inúmeras modificações que o transformam, o que leva o ser humano, ou o indivíduo, a resignificá-lo. Assim, é importante salientar as transformações que vêm ocorrendo sobre o que significa o *cuidar de si*. No tempo presente parece que a “alma” não tem importância, sendo apregoado o culto ao corpo. Logo, parece que essa é a melhor forma de cuidar de si, de afirmar-se e de ser feliz³. Isso evidencia a generalização do corpo como o lugar privilegiado do “cuidado de si”, daí emerge o vazio e a superficialidade, que, aliados ao consumismo exacerbado, atingem a sociedade como um todo.

Neste contexto, conceituar *deficiência* torna-se uma tarefa difícil e complexa. E se conceituá-la é uma atividade complexa, estudá-la é adentrar num universo ainda pouco explorado. O universo das pessoas com deficiência é muito mais extenso do que se costuma averiguar quando a deficiência é contabilizada em função apenas de um grave comprometimento da capacidade visual, auditiva, intelectual ou motora. Logo, percebe-se que essa condição continua marcada por concepções e práticas do passado que enfatizam a incapacidade e a anormalidade. É justamente através das desordens do corpo que se procura refletir que ser deficiente é experimentar intersubjetivamente uma vida em que a suposta harmonia do corpo é colocada à prova.

Dessa forma, a discussão sobre cuidados de si e formas de subjetivação emerge na obra de Foucault como uma terceira dimensão de problematização voltada à questão central do seu pensamento: como nos tornamos o que somos. Para o autor, era preciso considerar algo além das relações de poder/saber, não como uma exterioridade a estes, mas como uma relação de força consigo, no sentido da constituição de um si, de relação a si (enquanto o poder era a relação da força com outras forças). A relação de força consigo constitui modos de existência, modos de viver. Esses modos são formas de subjetivação. Entretanto, para que a força afete a si mesma, produzindo estilos de vida, são necessários procedimentos, exercícios, tecnologias cotidianas que transformam as possibilidades de vida⁴. Por isso, as pessoas com deficiência precisam e devem ter acesso a estes processos que permeiam o seu viver. Isso seria um importante fator para diminuir as iniquidades em saúde⁵.

Para se compreender e conhecer o ser humano é necessário estudar os domínios ou eixos nos quais o sujeito se constitui: o poder, o saber e a ética, ou, dito de outra forma, as relações com os outros, com a verdade e consigo mesmo⁶. Nesses domínios se exercem práticas de

dominação e de liberdade. O estudo de tais práticas – a ontologia histórica de nós mesmos – nos indica como fomos constituídos. Essa ontologia de nós mesmos não pode ser considerada como uma teoria ou doutrina, nem mesmo um corpo de saberes; temos que considerá-la como um *ethos*⁴.

Portanto, este artigo objetiva, a partir do pensamento de Michel Foucault, considerar a problemática da pessoa com deficiência e a ética do cuidado de si no processo de subjetivação e na arte da sua existência. Dedicar suas reflexões também na contextualização da deficiência ao longo da história até a contemporaneidade, uma vez que é necessário reconhecer a sua própria história para repensar sobre os significados e o cuidado de si que emerge desse contexto.

A deficiência ao longo da história

Na Antiguidade clássica, a deficiência inexistia enquanto problema, mas em Esparta, as crianças com deficiências eram eliminadas ou abandonadas⁷.

Na Europa, durante a Idade Média, difundiu-se a Inquisição Religiosa que sacrificava as pessoas com deficiência, alegando que estas eram possuídas pelo demônio⁸. Gradativamente, a concepção de deficiência variou em função das noções teológicas de pecado e de expiação⁷, atribuídas ora a desígnios divinos, ora à possessão pelo demônio. A sociedade punia essas pessoas com aprisionamento, tortura e outros castigos severos⁹.

Com o início da Revolução Burguesa (final do século XV) delinea-se uma característica humanista com a formação dos Estados Modernos e uma nova divisão social do trabalho. Começam a ser vistos como deficientes os indivíduos não produtivos, que oneram a sociedade no que se refere ao seu sustento e a sua manutenção⁹. Logo, o deficiente é segregado da sociedade. Cabe ressaltar que tal período trouxe avanços no campo da reabilitação física e alguns estudos sobre o ensino da linguagem aos surdos-mudos, entre outros¹⁰.

Com o avanço da Medicina, a demência e a deficiência passam a ser vistas como problema da área da saúde, devendo ser cuidadas e tratadas pelos médicos. Começam a surgir os primeiros hospitais psiquiátricos como locais para confinar. Na eventualidade de tratamento,

⁴ *Êthos* 9:351 uma vida filosófica em que a crítica do que somos é simultaneamente análise histórica dos limites que nos são colocados e prova de sua transgressão possível.

este se constituía do uso da alquimia e da magia⁷.

Na Idade Moderna há uma franca expansão da industrialização e do capitalismo de produção. Estuda-se a deficiência enquanto fenômeno, sendo essa institucionalizada em conventos e hospícios, ou encaminhada ao ensino especial. Surgem formas de se classificar a deficiência sob o foco do modelo biomédico, na perspectiva de patologia, doença, medicação e tratamento.

Embora o próprio Foucault tenha demonstrado que a Medicina tornou-se uma Medicina social é sobre o corpo dos indivíduos que as tecnologias do social são aplicadas, disciplinando-os, regulando-os e potencializando-os como força produtiva¹¹. A passagem para o que Foucault designa como a sociedade disciplinar, com suas práticas higienistas, altera a perspectiva sobre estes corpos, que se tornam força de trabalho. Nesse contexto, urge uma nova maneira de lidar com estes corpos e de encarar a deficiência: a necessidade de manter saudável a população de produtores, de controlar a doença em escala social, construirá uma nova abordagem da condição da pessoa com deficiência. Através das mudanças nas relações de forças, produz-se uma nova subjetividade.

No século XIX, o modo de produção capitalista continua a se fortalecer mantendo o sistema de valores e de normas sociais. A atitude de responsabilidade pública pelas necessidades do deficiente começa a se desenvolver.

O que aconteceu foi uma inversão na ordem dos princípios do ‘cuidado de si mesmo’ e ‘conhecer-te a ti mesmo’. Na cultura greco-romana, o conhecimento de si aparece como consequência do cuidado de si. No mundo moderno, o conhecimento de si constitui o princípio fundamental¹². Os deslocamentos da subjetividade, os acontecimentos sociais e políticos foram dando ao ‘cuidado’ maior ou menor visibilidade a esse aspecto da experiência humana¹³.

Na Idade Contemporânea, surge a abordagem filosófica do homem segundo a qual as atitudes para com os portadores de deficiência lentamente vão sendo modificadas por posturas de construção de um modelo sócio-construtivista. O presente vê crescer e fortalecer as ideias de uma nova ética baseada na visão de substituição da caridade e da assistência pela integração¹⁴. Assim, as pessoas que apresentam uma disfunção ou inadaptação individual acabam por gerar ações governamentais, ou de parte da sociedade civil organizada, marcadas por uma intervenção social¹⁵.

É esse sujeito definido a partir da sua deficiência, do seu desajuste, que está sendo alvo de políticas públicas pautadas nos

discursos de inclusão/exclusão social.

O termo *exclusão* foi utilizado por Foucault como sinônimo de banimento, reclusão, expulsão, estando a exclusão diretamente relacionada às formas de distribuição de poder, encontrando-se o termo ligado a controle social e disciplinar, circulação de poder e constituição de hierarquia. O autor chamou atenção para as diferentes modalidades segregadoras, iniciando discussões sobre o significado da segregação social, que tem se ampliado nas últimas décadas¹⁶.

Interessa, pois, compreender a construção da normalidade a partir da sua relação com a deficiência. A normalidade é o local em que a possibilidade de governar os corpos se materializa, pois considera os sujeitos a partir da normalização, possibilitando o controle, e exercendo o biopoder, o poder sobre a vida¹⁶.

Aproximando-se dos estudos de Foucault, é possível problematizar a naturalização da deficiência no interior das políticas públicas. A desnaturalização da normatividade dos corpos acompanha a contestação da própria idéia de deficiência. Com efeito, os estudos sobre a deficiência têm vindo para contestar o modelo médico como definidor, o qual tende a centrar-se no indivíduo, contrapondo-se a uma contextualização social, que permite dar conta dos processos de construção cultural da deficiência¹⁷.

Nesse contexto, surgem, nos últimos anos, grupos de portadores de deficiências que estimulam a formação de bioidentidades sociais construídas a partir de uma doença determinada. Como consequência, o conceito de deficiência releva o de doença, referindo-se a déficits a serem compensados socialmente e não a doenças a serem tratadas. O objetivo de incorporar o maior número de pessoas está na base da biopolítica, cujos grupos se distinguem precisamente pelas deficiências a serem compensadas: da pessoa com deficiência frente ao indivíduo fisicamente normal. A política se dissolve em políticas particulares que aspiram compensar as deficiências de um grupo biopolítico determinado. Uma consequência decorrente deste movimento é o esquecimento de ideais sociais mais abrangente¹⁸.

Constata-se que os conceitos relativos à pessoa com deficiência têm evoluído com o passar dos tempos, acompanhando de uma forma, ou de outra, as mudanças ocorridas na sociedade e as próprias conquistas alcançadas pelas pessoas com deficiência¹⁹.

Em 1999, através do Decreto nº 3.298 (20/12/1999), instituiu-se a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Mas, no Brasil, foi somente a partir de 2002 que estas questões passaram a ter maior visibilidade, a partir da criação, neste ano, da

Portaria MS/GM nº 1.060 (05/06/2002), que aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. A presente Política Nacional tem como propósito reabilitar a pessoa portadora de deficiência em sua capacidade funcional e desempenho humano de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social, além de proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Além disso, o alcance do propósito desta Política requer a criação de ambientes favoráveis à saúde das pessoas portadoras de deficiência e a adoção de hábitos e estilos saudáveis, tanto por parte destas pessoas, quanto daquelas com as quais convivem. Esses fatores constituem condições indispensáveis para a qualidade de vida almejada por esse processo.

Enfim, percebe-se que tanto as políticas públicas quanto as práticas abordam a questão da diferença a partir do olhar da normalidade. E é nesse contexto que a pessoa com deficiência está inserida.

O cuidado de si e a deficiência

Geralmente ao se mencionar a pessoa com deficiência são avaliados e considerados apenas seus aspectos orgânicos e funcionais, não se levando em consideração quem é esse ser humano, como ele exercita o cuidado de si, como interage com os outros e o meio ao longo de seu desenvolvimento, quais são suas práticas sócio-culturais, entre outros aspectos. Na perspectiva foucaultiana² dever-se-ia refletir e buscar conhecer como o indivíduo pensa sua própria história e significa sua vida como deficiente.

A ética do cuidado nos propõe lançar um olhar diferenciado sobre essas pessoas, pois para compreender a singularidade de cada ser é necessário o conhecimento da sua história enquanto pessoa. A ética do cuidado oportuniza a convivência e o diálogo com as diferenças, propiciando maior liberdade de experimentação e de criação no processo de cuidar/cuidar-se.

Uma conclusão inevitável ao se pensar sob a perspectiva de Foucault é a de que sua intenção é mostrar que a ética gira em torno das técnicas de subjetivação, ou seja, a cultura de si. Constitui-se, portanto, como uma elaboração ética de si, uma construção artesanal calcada em exercícios e trabalhos regulares sem, exatamente, uma coerção derivada das leis civis ou religiosas. Logo, ele não indica uma ética universal e normativa: sua reflexão aponta para a possibilidade de se poder adotar um estilo próprio de subjetivação.

O cuidado de si é uma forma de conexão entre a história da subjetividade e as formas de governabilidade. Assim, o exercício do cuidado de si está ligado ao poder e à governabilidade, ambos intrinsecamente ligados à ética. Logo, a ética é uma forma de subjetivação. É o processo através do qual criamos novas formas de existência e vínculos; ela emerge a partir da consciência de si, ou seja, de como nos sentimos e estabelecemos relações e conexões com o mundo que nos cerca. A ética se estabelece através de uma série de procedimentos que são propostos e prescritos aos indivíduos, em todas as civilizações, para fixar sua identidade, mantê-la ou transformá-la em função de um fim. As práticas sociais produzem subjetividades e seus efeitos constituem os sujeitos. Por isso decorre a importância de conhecer as técnicas de si, os saberes, desenvolvidos sobre si para, assim, conhecer os processos de objetivação e subjetivação, que se encontram entrelaçados com práticas sociais.

Aqui cabe o questionamento: o que significa a expressão “cuidar”, “cuidar de si mesmo”, “si mesmo”? Essa expressão está vinculada a quatro diferentes situações:¹⁹ a) ao desejo de exercer poder; b) à deficiência de educação (escolar e amorosa); c) à relação com o mestre; d) à consciência da própria ignorância. O cuidado de si envolve o cuidado do outro¹. Para ter condições de fazer negociações e trocas consigo ou com os outros, os indivíduos necessitam de orientações e liberdade, pois todo esse processo é construído nas diferentes relações sociais, ou seja, é historicamente construído.

Vê-se, assim, como o cuidado de si constitui-se como um atributo e uma necessidade universal dos seres humanos, regido por princípios de aplicação geral, embora orientado para uma prática de escopo e responsabilidades individuais, especialmente quando o enfoque está na pessoa com deficiência.

Existem quatro tipos de tecnologias que aparecem entrelaçadas entre si e compõem a nossa subjetividade¹⁹. Essas tecnologias funcionam sempre em conjunto, produzem conhecimento e poder. São elas: tecnologias de produção que permitem transformar, produzir ou manipular coisas; tecnologias de sistemas de sinais que utilizam signos, sentidos, símbolos e significações; tecnologias de si, ou tecnologias do eu, por meio das quais o indivíduo, por si mesmo, ou com a ajuda dos outros, realiza certo número de operações sobre seu corpo e sua alma, pensamento e condutas, obtendo assim uma autotransformação, que teria como principal objetivo alcançar certo estado de felicidade, sabedoria ou pureza. As tecnologias de si têm uma tarefa constante de auto-superação. Portanto, para a pessoa com deficiência essa tecnologia

de cuidado permite-lhe construir sua autonomia, criando uma relação satisfatória consigo e aumentando sua capacidade de resistência perante o poder²⁰.

A ênfase no alcance do autocuidado, entendido como o cuidado de si, uma tecnologia do eu e do governo de si, fundamenta-se na possibilidade de o indivíduo passar a ser reconhecido como sujeito dotado de vontade própria, em uma conduta relacional, em que o outro é reconhecido como legítimo outro na convivência⁴.

Para chegar a essa discussão, nas obras *História da Sexualidade II e III* e *Tecnologias do Eu*, Foucault percorre, principalmente, as práticas cotidianas da Antiguidade orientadas à relação consigo, às formas pelas quais os sujeitos se relacionavam consigo mesmos. Em determinados momentos, essas formas configuravam-se como tecnologias de cuidados de si, exercícios que operavam certo modo de relacionar-se consigo e, por conta disso, de constituir um si. A história do cuidado e das técnicas de cuidado de si seria uma maneira de fazer a história da subjetividade através do empreendimento e das transformações, na cultura e das relações consigo mesmo²¹.

Na lógica da pessoa com deficiência, há que se considerar que a sensorialidade corpórea não está imersa apenas em fatores biológicos; está interpenetrada de história. Assim, durante o processo de saúde-doença, inclusão e exclusão do portador de deficiência ao longo da história, várias foram às tecnologias de si, tecnologias de cuidado de si e de subjetivação em ação.

As estratégias de enfrentamento presentes no cuidado de si contemporâneo passam a se manifestar nas lutas transversais encabeçadas por grupos historicamente marginalizados, como as pessoas com deficiências. Tais lutas possuem a finalidade de fazer o sujeito realizar um trabalho de si sobre si mesmo, que lhe confere a possibilidade de transformação tanto do pensar quanto do agir¹⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É justamente em um cotidiano carregado de ambiguidades que as pessoas com deficiência vêm escrevendo a sua história. É através das desordens desse corpo que procuramos refletir sobre os diferentes olhares em embate para a construção de um evento historicamente circunscrito: a pessoa com deficiência e o cuidado de si.

Conclui-se que Foucault não pretendeu analisar comportamentos, nem ideais, nem sociedades e suas ideologias, mas as “problematizações” através das quais o indivíduo se dá como podendo

ser pensado, e as práticas a partir das quais essas problematizações se formam.

Assim, refletir sobre a realidade da pessoa com deficiência é repensar os lugares de produção das subjetividades, destacando-se que essa análise da produção de subjetividades proporciona uma experiência de si entendida e derivada da preocupação com o outro. É preciso compreender que essa pessoa pode dominar-se, transformar-se na relação consigo, buscando sua autonomia e independência através de práticas de cuidado de si.

Pode-se afirmar ser necessário romper com o conceito de subjetividade em defesa de uma perspectiva do cuidado de si enquanto instância que oportuniza o desenvolvimento e a relação da pessoa com deficiência consigo e com os outros, permitindo-se novos modos de viver e de pensar sobre si mesma.

REFERÊNCIAS

1. Foucault M. História da sexualidade 3: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
2. Maturana H. História da sexualidade 2: o uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Graal; 1984.
3. Icle G. Estudos da presença: itinerários interdisciplinares para a pesquisa nas artes do espetáculo. Trama interdisc. 2010; (1): 21-9.
4. Maturana H. Emoções e linguagem na educação e na política. Belo Horizonte: UFMG; 1998.
5. Travassos C. Fórum: equity in access to health care. Cad saúde pública. 2008; 24(5): 1159-61.
6. Maturana H. Formação humana e capacitação. Petrópolis (RJ): Vozes; 2000.
7. Pessoti I. Deficiência mental: da superstição à ciência. São Paulo: Editora Universidade; 1984.
8. Alves AT et al. Educação especial. In: Proposta curricular. Secretaria de Educação e Desporto. Florianópolis: SED; 1997.
9. Aranha MSF. Integração social do deficiente: análise conceitual e metodológica. Temas em Psicologia. 1995; (2): 63-70.
10. Farias AM. A construção da cidadania como foco na assistência de enfermagem à criança com necessidades especiais e sua família. Florianópolis: [s.n.], 2000. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.
11. Ayres JRCM. Care and reconstruction in healthcare practices. Interface (Botucatu). 2004; 8 (14):73-92.
12. Rogério FAE. A genealogia em Foucault. Psicol estud. 2004; 9

(3):403-16.

13. Maia MAB, Osorio C. Trabalho em saúde em tempos de biopoder. *Arq bras psicol.* 2004; 1:69-79.

14. Barracho JA. A pobreza e a luta contra a exclusão social: a cidadania degradada. Belo Horizonte, 1990.

15. Azevedo PH, Barros JF. O nível de participação do Estado na gestão do esporte brasileiro como fator de inclusão social de pessoas portadoras de deficiência. *Rev bras cienc mov.* 2004; 12(1):77-84.

16. Foucault M. Resumos dos cursos do Collège de France (1970-1982). Tradução: Andréa Daher. Rio de Janeiro: Zahar; 1997.

17. Cruz A. A inconformidade dos corpos e a doença no espaço público. [acesso em 05 mai 2011]. Disponível em: <http://cabodostrabalhos.ces.uc.pt/n2/ensaios.php>

18. Ortega F. The biopolitics of health: reflections on Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. *Interface (Botucatu)*. 2003; 8 (14):9-20.

19. Ministério da Saúde (BR). Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência. 2. ed. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2006.

20. Foucault M. *Hermetica do sujeito*. Trad. Márcio Alves da Fonseca, Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes; 2004.

21. Bernardes AG, Guareschi NMF. Trabalhadores da saúde mental: cuidados de si e formas de subjetivação. *Psicol USP*. 2004; 15 (3):81-101.

Data de recebimento: 20/04/2011

Data de aceite: 28/09/2011

Contato com autora responsável: Rua Delminda Silveira, 363, apto 303. Agrônômica. Florianópolis. Santa Catarina. CEP: 88025-500

E-mail: julibreis@hotmail.com

ANEXO B - RESUMO DA LEGISLAÇÃO NACIONAL PARA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

RESUMO DA LEGISLAÇÃO NACIONAL PARA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

- Constituição Federal (1988): assegura direitos às pessoas portadoras de deficiência física;
- Lei nº 7.853 (24/10/1989): estabelece normas gerais que asseguram o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiências, e sua efetiva integração social;
- Lei nº 8.080 (19/09/1990): regula as ações e serviços de saúde, exercidos isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais e jurídicas de direito público ou privado;
- Portaria MS/SAS nº 303 (02/07/1992): dispõe sobre as normas de funcionamento dos serviços de saúde da pessoa portadora de deficiência, no Sistema Único de Saúde, baseados nos princípios da universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações. Define normas para o atendimento de reabilitação em nível hospitalar.
- Portaria MS/SAS nº 304, de 2 de julho de 1992- Dispõe sobre as normas de funcionamento dos serviços de saúde da pessoa portadora de deficiência, no Sistema Único de Saúde. Define normas para o atendimento de reabilitação em nível ambulatorial.
- Portaria MS/SAS nº 305, de 2 julho de 1992- Inclui no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde SIH/SUS. Tratamento em Reabilitação e seus procedimentos, a serem cobrados por hospitais.
- Portaria MS/SAS nº 306, de 2 julho de 1992- Incluem no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde SAI/SUS, códigos para atendimentos em Núcleos/ Centros de Reabilitação.
- Portaria MS/SAS nº116, de 9 de setembro de 1993- Inclui no Sistema de Informação Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde SAI/SUS, a concessão de

- órteses e próteses e bolsa de colostomia.
- Portaria MS/SAS n° 116 (09/09/1993): inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde a concessão dos equipamentos de órteses, próteses e bolsas de colostomia.
 - Portaria MS/SAS n° 146 (14/10/1993): estabelece diretrizes gerais para a concessão de Próteses e Órteses através do Sistema Ambulatorial no SUS.
 - Portaria MS/SAS 388 (28/07/1999): estabelece que a empresa ortopédica técnica fornecedora de Próteses e Órteses deverá, mediante instrumento próprio, oferecer garantia para o material fornecido.
 - Portaria MS/GM n° 1278, de 20 de outubro de 1999 - Estabelece critérios de Indicação e Contra-Indicação de Implante Coclear, a serem realizados por serviços previamente habilitados.
 - Portaria MS/SAS n° 584, de 21 de outubro de 1999 - Desvincula os valores da prótese para Implante Coclear, inclusive tabela de órteses e próteses e materiais especiais- OPM e na tabela de Compatibilidade do SIH/SUS, as próteses a serem cobradas exclusivamente nos procedimentos Implante Coclear.
 - Decreto n° 3.298 (20/12/1999): dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.
 - Portaria MS/GM n° 818 (05/06/2001): cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência. Determina que as Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal organizem as suas respectivas Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência.
 - Portaria MS/SAS n° 185, de 5 de junho de 2001- Altera a descrição de serviços e procedimentos constantes da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde- SAI/SUS, para adequá-las à criação das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiências Físicas.
 - Portaria MS/GM n° 822, de 6 de junho de 2001-

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal-PNTN, que se ocupará da triagem com detecção dos casos suspeitos, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento nos casos identificados nas seguintes doenças congênitas: Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Doenças Falciformes e outras Hemoglobinopatias e Fibrose Cística.

- Portaria MS/GM nº 1.531, de 4 de setembro de 2001- Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva. Determina que as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios adotem as medidas necessárias para a implantação do Programa.
- Portaria MS/SAS nº 364, de 5 de setembro de 2001- Inclui na Tabela de Serviço e de Classificação do Serviço do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS-SIA/SUS, serviços e procedimentos de terapia em pneumologia e de assistência a pacientes com Distrofia Muscular Progressiva, de modo a possibilitar a implementação do Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva.
- Decreto nº 3.956 (08/10/2001): cria a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência;
- Portaria MS/GM nº 2.305, de 19 de dezembro de 2001- Aprova o Protocolo de Indicações do Tratamento Clínico da Osteogênese imperfeita com pamidronato dissódico no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS.
- Portaria MS/GM nº 1.060 (05/06/2002): aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.
- Portaria MS/GM nº 1635, de 12 de setembro de 2002- Inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais, do Sistema Único de Saúde, SAI/SUS, procedimentos específicos para o atendimento de pacientes portadores de deficiência mental e autismo.

- Portaria MS/GM nº 2073, de 28 de setembro de 2004- Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva.
- Portaria MS/SAS nº 587, de 7 de outubro de 2004- Determina que as Secretarias de Estado da Saúde dos estados adotem as providências necessárias à organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva.
- Portaria MS/SAS nº 589, de 8 de outubro de 2004- define os mecanismos para operacionalização dos procedimentos de atenção à saúde auditiva, no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde-SAI/SUS.
- Portaria MS/GM nº 2.073 (28/09/2004): institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva.
- Portaria MS/SAS nº 275, de 31 de maio de 2005- Institui, o atestado de Equipe Multiprofissional do Sistema Único de Saúde-SUS, a ser utilizado para identificação das Pessoas Portadoras de Deficiência, com a finalidade da concessão de Passe Livre em transportes interestaduais.

ANEXO C - RESUMO DA LEGISLAÇÃO NACIONAL SOBRE A PESSOA IDOSA

- **Lei Nº. 8.842/94:** Cria a Política Nacional do Idoso que tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Considera-se idoso, para os efeitos desta lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade.
- **Decreto Nº 1.948/96:** Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso.
- **Portaria n.º 1.395/ 99:** Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual fundamenta e norteia as ações do setor saúde dirigidas à população idosa e em processo de envelhecimento
- **Portaria nº 280/99:** Torna obrigatório nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados.
- **Lei 10.741/03:** Regulamenta o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.
- **Portaria 2.528/06:** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Objetiva garantir a atenção integral à Saúde da população idosa no SUS, enfatizando o envelhecimento familiar, saudável e ativo e fortalecendo o protagonismo dos idosos no Brasil.
- **Portaria 2.529/06:** Institui a Internação Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, tendo como uma das prioridades de eleição, o idoso.
- **Lei 11.433/06:** Dispõe sobre o Dia Nacional do Idoso, a ser celebrado no dia 1º de outubro de cada ano.

ANEXO D - RESUMO DA LEGISLAÇÃO NACIONAL SOBRE ACESSIBILIDADE PARA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

- Decreto-Lei nº 3.298/1999: Regulamenta a Lei nº 7853 de 24/out/1989, que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da pessoa portadora de deficiência., consolida as normas de proteção, e dá outras prioridades.
- Decreto-Lei nº 3.956/2001: Promulga a Convenção Interamericana para a eliminação de todas as formas de Discriminação contra pessoas portadoras de Deficiências.
- Decreto-Lei nº 5.296/2004: Regulamenta as leis nº 10048 de 8/Nov/2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 dez/2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.
- Decreto-Lei nº 5.626/2005: Regulamenta a Lei nº 10.436 de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras.
- Lei nº 7.405/1985: Torna obrigatória a colocação do “Símbolo Internacional de Acesso” em todos os locais e serviços que permitam sua utilização por pessoas portadoras de deficiência e dá outras providências.
- Lei nº 7.853/1989: Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras, sua interpretação social, sobre a Coordenadoria Nacional para a interpretação de Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a alteração do Ministério Público, define crimes e dá outras providências.
- Lei nº 8.160/1991- Dispõe sobre a caracterização de Símbolo que permita a identificação de Pessoas Portadoras de Deficiência Auditiva.
- Lei nº 9.610/1998- Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências.
- Lei nº 10.048/2000- Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências.
- Lei nº 10.098/2000- Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.
- Lei nº 10.226/2001: Acrescenta parágrafos ao artigo 135 da Lei

4.737, determinando a expedição de instruções sobre a escolha dos locais de votação de mais fácil acesso para o eleitor deficiente físico.

- Lei nº 10.436/ 2002: Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS e dá outras providências.
- Lei nº 11.126/2005: Dispõe sobre o direito do portador de deficiência visual de ingressar e permanecer em ambientes de uso coletivo acompanhado de cão-guia.
- Portaria MEC nº 319/1999: Institui no Ministério da Educação, vinculada à Secretaria de Educação Especial, a Comissão Brasileira de Braille.
- Portaria MEC nº 554/2000: Aprova o Regulamento Interno da Comissão Brasileira do Braille.
- Portaria MEC nº 3284/2003: Dispõe sobre requisitos de acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências, para instruir os processos de autorização e de reconhecimento de cursos e de credenciamento de instituições.
- Normas Brasileiras sobre Acessibilidade:
 - NBR 9.050: Acessibilidade a Edificações, Mobiliário, Espaços e Equipamentos Urbanos;
 - NBR 13.994: Elevadores de Passageiros - Elevadores para Transportes de Pessoa Portadora de Deficiência;
 - NBR 14.020- Acessibilidade a Pessoa Portadora de Deficiência- Trem de longo percurso.
 - NBR 14.021: Transporte - Acessibilidade no sistema de trem urbano ou metropolitano.
 - NBR 1.422: Acessibilidade à Pessoa Portadora de Deficiência em Ônibus e Trólebus para atendimento Urbano Intermunicipal.
 - NBR 1.4273: Acessibilidade à Pessoa Portadora de Deficiência no Transporte Aéreo Comercial.
 - NBR 14.970-1: Acessibilidade em Veículos Automotores - Requisitos de Dirigibilidade;
 - NBR 14.970-2: Acessibilidade em Veículos Automotores - Diretrizes para avaliação clínica do condutor.
 - NBR 14.970-3 – Acessibilidade em Veículos Automotores - Diretrizes para avaliação da dirigibilidade do condutor com mobilidade reduzida em veículo automotor apropriado;
 - NBR 15.250: Acessibilidade em caixa de autoatendimento bancário.
 - NBR 15.290: Acessibilidade em comunicação na televisão.

ANEXO E – EXAME DO MINIESTADO MENTAL (MEEM)

Orientação

- 5 () Em que ano, mês, estação do ano estamos?
5 () Onde estamos: estado, país, cidade, hospital?

Registros

- 3 () Nomeie 3 objetos: diga palavra por palavra, devagar; peça ao paciente que repita as três palavras. Dê um ponto para cada resposta correta. Então repita todas novamente, para que ele aprenda.

Atenção e Cálculo

- 5 () Peça ao paciente que conte de trás para frente, começando do nº 100, de 7 em 7. Pare depois da 5ª resposta. Alternativamente peça para soletrar “mundo” ao contrário.

Memória

- 3 () Peça que ele repita as três palavras. Dê um ponto para cada resposta correta.

Linguagem

- 9 () Mostre um lápis e um relógio, peça-lhe que os nomeie (2 pontos).

- Peça que repita o seguinte:

“nem sim, nem não, nem porque” (1 ponto).

- Dê as 3 seguintes ordens:

“Pegue esta folha de papel com a mão direita, passe a folha para a mão esquerda, coloque a folha no chão” (3 pontos).

- “Leia e faça o que está escrito”:

“FECHE OS OLHOS” (1 ponto).

“Escreva uma frase” (1 ponto).

“Copie este desenho” (1 ponto).

Total ()

Avalie o nível de consciência:

Alerta () sonolento () prostrado () coma ()

MINIEXAME DO ESTADO MENTAL

Instruções para administração:

Orientação

- 1) Pergunte pela data de hoje. Em seguida, pergunte especificamente pelos dados omitidos, ex.: “Pode me dizer também em que estação do ano nós estamos?” Um ponto para cada resposta correta.
- 2) Pergunte por partes: “Pode me dizer o nome deste hospital?” (cidade, país etc.). Um ponto para cada resposta correta.

Registro

Pergunte ao paciente se você pode aplicar-lhe um teste para avaliar sua memória. Diga o nome de 3 objetos que não se relacionem entre si, fale lenta e claramente, dê um espaço de um segundo entre cada palavra. Depois de dizer as 3 palavras, peça que ele as repita. Esta primeira repetição determina o escore (0 a 3), continue repetindo as palavras, por no máximo 6 vezes, até que ele repita todas as 3. Se ele não se lembrar das palavras, esta fase do teste deverá ser interrompida, sem insistência.

Atenção e Cálculo

Peça o paciente que conte começando do número 100, de 7 em 7, ao contrário. Peça que pare depois da 5ª subtração (93, 86, 79, 72, 65). Determine o escore pelo total de acertos. Se o paciente não conseguir ou não quiser fazer esta conta, peça-lhe que solete a palavra “mundo” de trás para frente. O escore será o número de letras que ele disser na ordem correta, ex.: odnum = (5), odunm = (3).

Memória

Pergunte ao paciente se ele pode relembrar as 3 palavras que você lhe pediu que guardasse na memória. Escore 0 a 3.

Linguagem

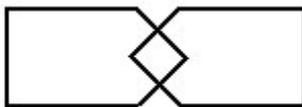
Nomeando: Mostre ao paciente um relógio de pulso e pergunte o que é isso. Repita com um lápis. Escore 0 a 2.

Repetição: Diga uma frase e peça ao paciente que a repita. Repita apenas uma vez. Escore 0 a 1.

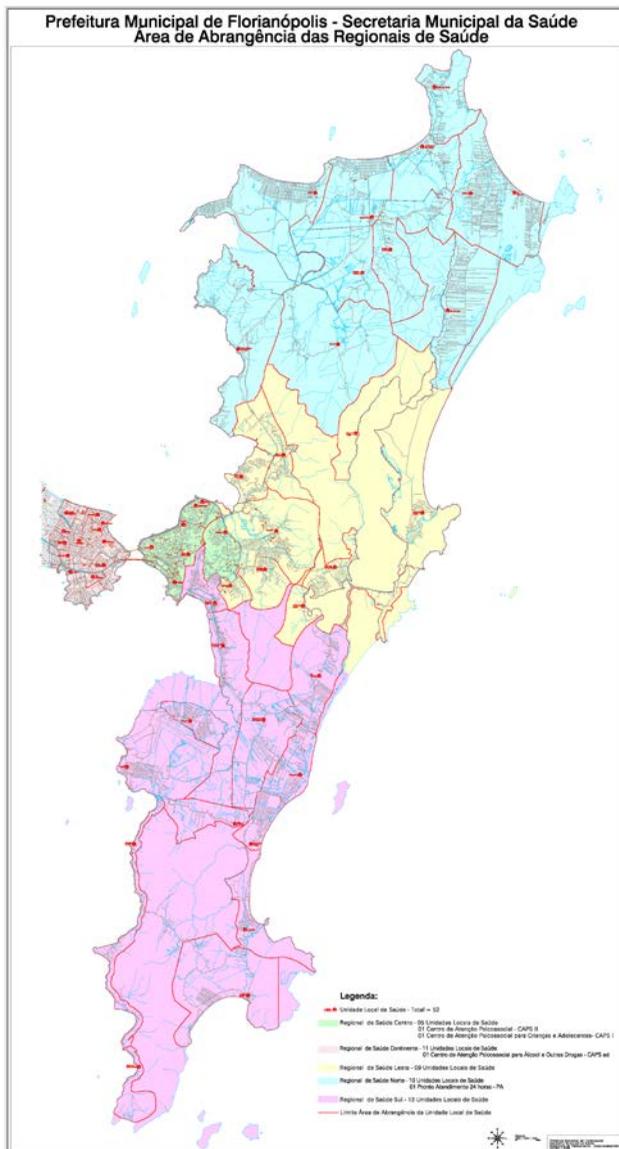
3 Ordens: Forneça ao paciente uma folha de papel em branco e peça que ele escreva uma frase para você. Não dite a frase, é preciso que ele escreva espontaneamente. Verifique se a frase contém sujeito, verbo e se faz sentido. A gramática e a pontuação não é preciso avaliar.

Copiando: Numa folha de papel em branco, desenhe um pentágono dentro do outro, com a diferença de 2 cm e peça que ele copie exatamente. Se os 10 ângulos estiverem presentes e 2 intersecções o

escore será de 1 ponto. Tremor e rotação: ignore.



ANEXO F – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - ÁREA DE ABRANGÊNCIA DOS DISTRITOS SANITÁRIOS DE SAÚDE



G – CERTIFICADO DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ CA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS (CEPSH) UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 695

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584-GR-99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

APROVADO

PROCESSO: 695 FR: 327383

TÍTULO: A ACESSIBILIDADE AO IDOSO COM DEFICIÊNCIA AO SISTEMA DE SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

AUTOR: Sílvia Maria Azevedo dos Santos, Juliana Balhnot Reis Girondi

FLORIANÓPOLIS, 26 de Abril de 2010.


 Coordenador do CEPSH UFSC

Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEPSH UFSC