

*ACESSIBILIDADE DE IDOSOS
COM DEFICIÊNCIA FÍSICA
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA*

Juliana Balbinot Reis Girondi¹
Silvia Maria Azevedo dos Santos²
Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt³
Francisco Reis Tristão⁴

resumo

Este é um estudo qualitativo de caráter descritivo que objetivou investigar a acessibilidade de idosos com deficiência física aos serviços de saúde na atenção primária, na perspectiva destes usuários, dos profissionais

1 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Estudos sobre Cuidado de Saúde de Pessoas Idosas – GESPI. E-mail: juliana.balbinot@ufsc.br.

2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Líder do grupo de Estudos sobre Cuidado de Saúde de Pessoas Idosas – GESPI. E-mail: sazevedos@gmail.com.

3 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem e da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Estudos sobre Cuidado de Saúde de Pessoas Idosas – GESPI. E-mail: karina.h@ufsc.br

4 Enfermeiro. Bolsista de Extensão Universitária do Grupo de Ajuda Mútua de Familiares de Idosos Portadores de Alzheimer ou Doenças Similares. Membro de Grupo de Estudos sobre Cuidado de Saúde de Pessoas Idosas – GESPI. Campus Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: franciscoreistristao@hotmail.com

de saúde e gestores. Foram realizadas 18 entrevistas com os idosos utilizando roteiro semiestruturado e aplicação de questionários com 17 gestores e três 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. As situações, ser idoso e ter uma deficiência, constituem situações de vulnerabilidade; as fragilidades 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. Pessoas com deficiência. Sistema Único de Saúde.

1 Introdução

A saúde é entendida em sentido abrangente no Sistema Único de Saúde (SUS) como o resultado das condições básicas de vida, liberdade de expressão e garantia de acesso aos serviços de saúde. Nessa perspectiva, o Brasil está em constante mobilização para atender às demandas do crescente envelhecimento populacional. A população de Florianópolis, município do estado de Santa Catarina (SC) acompanha o cenário nacional quanto ao aumento da expectativa de vida e ampliação da longevidade.

Nesse contexto, o planejamento da atenção à saúde deve considerar a importância das informações sobre as 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.

O reconhecimento da atenção à saúde da pessoa idosa com deficiência física no sistema de saúde em Florianópolis/SC é o objeto da presente estudo. Ser idoso e ter uma deficiência constituem situações de vulnerabilidade, porém na esfera municipal, não há registros de estudos e pesquisas oficiais nesta área. Em virtude do não conhecimento dessa clientela, suas demandas e anseios, não há a possibilidade de desenvolvimento de ações de saúde na sua integralidade, de forma equânime e humanitária.

Portanto este estudo objetivou investigar a acessibilidade de idosos com deficiência física aos serviços de saúde na Atenção Primária em Florianópolis/SC, na perspectiva destes usuários, dos profissionais e gestores de saúde.

2 Metodologia

Estudo qualitativo descritivo realizado em Florianópolis, que tem população de 421.240 residentes, sendo que a população acima de sessenta (60) anos, de acordo com o IBGE (2010), totaliza 48.423 pessoas (11,5%). No âmbito da saúde, o município tem quarenta e oito (48) Centros de Saúde (CS) distribuídos em cinco Distritos Sanitários de Saúde (DS), subdivisões da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) para a regionalização da administração da assistência à saúde.

Para a seleção do cenário da pesquisa realizou-se levantamento quantitativo de idosos com idade igual ou superior a sessenta (60) anos, por meio do Setor de Planejamento da SMS de Florianópolis por área e microárea de abrangência. Foram selecionados dois DS: Continente e Sul. Nesses distritos, optou-se pelos centros de saúde com o maior contingente de idosos: 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 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 e 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 mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram: faixa etária fora da elencada, ser portador de deficiência física há menos de um ano, recusa no aceite de participação e assinatura do TCLE e/ou score no MEEM inferior a 17 pontos. Para localização dos sujeitos foi realizada busca ativa em parceria com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) mediante instrumento elaborado por uma das autoras desse artigo. Para a coleta dos dados foi utilizada a entrevista gravada, por meio de roteiro semiestruturado. Antes de proceder à entrevista uma das pesquisadoras aplicou o MEEM. A questão de como lidar com não respostas devido ao analfabetismo foi considerada, por isso o ponto de corte do instrumento foi de 17. Foram convidados para o estudo trinta idosos que atenderam aos critérios de inclusão. Desse total participaram 18 idosos, uma vez que sete recusaram-se em participar e cinco foram excluídos após a aplicação do MEEM.

Para representar os profissionais de saúde, foram convidados a participar os médicos e enfermeiros que atuam nos CS onde estava sendo realizada a pesquisa. Foram critérios de inclusão: estar vinculado a Estratégia de Saúde da Família (ESF), ocupar este cargo há mais de um ano, aceitar participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A escolha por estas duas categorias profissionais se deu em virtude de participarem da composição mínima da ESF. Os critérios de exclusão foram: estar no cargo há menos de um ano, recusa no aceite de participação e/ou na assinatura do TCLE. Foram convidados quatro médicos e quatro enfermeiros que atenderam aos critérios de inclusão, mas participaram três profissionais, duas enfermeiras e um médico. Houve recusa de cinco profissionais.

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 mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de exclusão foram: estar no cargo há menos de um ano, recusa no aceite de participação e/ou na assinatura do TCLE. Foram convidados a participar do estudo sete gestores do nível central, dez gestores do nível regional e dois do nível local. Do nível central houve recusa de um gestor e outro estava em viagem de trabalho, nos demais níveis todos aceitaram participar, o que totalizou 17 gestores.

Para coleta de dados dos gestores e profissionais de saúde utilizou-se questionário desenvolvido pela pesquisadora. O mesmo era autoaplicável e, por isso, foi feita a sua entrega aos participantes com o agendamento de data para o posterior recolhimento.

Para resguardar o sigilo e o anonimato dos sujeitos da pesquisa, estes foram identificados como: usuário (U), para representar os idosos, profissional (P) para representar os profissionais de saúde e gestor (G) para representar os gestores em saúde. No que se refere aos gestores, para cada esfera de atuação utilizou-se uma especificação: GL (gestor local), GR (gestor regional) e GC (gestor central).

Como técnica de análise de dados foi empregada a hermenêutica dialética que consiste na explicação e interpretação do pensamento e trata da busca dos sentidos existentes na comunicação entre os seres humanos.

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

3 Resultados

É importante refletir sobre as questões de acessibilidade, principalmente quando se pretende estudar o contexto do idoso com deficiência física. Essas duas situações, ser idoso e ter uma deficiência, constituem situações de vulnerabilidade. Nessa perspectiva, o 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. A partir da análise dos dados emergiram as três categorias apresentadas a seguir.

3.1 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 questões relacionadas a: o processo de trabalho, a implementação das Políticas Públicas de Saúde, a avaliação de planos/programas e tecnologias utilizadas na atenção à saúde dos idosos com deficiência física.

Ficou evidente 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. Indagados a respeito do atendimento ao idoso com deficiência física na atenção primária, o entrevistado GR2 referiu: “[...] ignoro completamente como se dá o atendimento de idosos com deficiência física na rede básica”. Já o entrevistado GC3, em seu discurso relatou: “[...] não sei se todas as unidades têm cadeiras de rodas ou rampas”.

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. Em sua fala, o gestor entrevistado (GC2) relatou que “[...] 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”.

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 implica que as diretrizes e princípios para nortear as ações voltadas a esse grupo populacional ainda não estão compreendidas e disseminadas o suficiente.

No âmbito assistencial, os gestores e profissionais de saúde apontam para algumas estratégias que vêm sendo adotadas, mesmo que incipientes: a utilização da deficiência como 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.

3.2 Atendimento das necessidades de saúde dos idosos com deficiência física

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

Em relação ao atendimento prestado na atenção primária, 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, consideravam o atendimento adequado, conforme apresenta os trechos do depoimento do entrevistado U5, no qual referiu que *"[...] quando o Dr X está é tudo mais fácil. Não tenho que pegar fila [...]"* e do entrevistado U3, no qual relata: *"[...] Com a Z da recepção eu consigo marcar todos os meus exames, quando não é ela nada dá certo [...]"*.

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. Tal fato pode ser comprovado a partir de fragmentos de texto retirados do depoimento do entrevistado U14, em que relata *"[...] O atendimento não é bom e está sempre cheio, nunca tem vaga quando preciso [...]"*.

Ainda em relação aos idosos que consideravam que a atenção primária não supria suas necessidades de saúde, um dos entrevistados afirmou:

[...] 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)

Com o acréscimo na participação de idosos na composição da população geral há uma maior demanda por determinadas ações de saúde, de acordo

com suas necessidades. Em sua fala, o gestor GC3 relatou: *“Muitas vezes as deficiências são consideradas também marcadores de risco aumentados pelas ESF, gerando prioridade nos atendimentos domiciliares e nos agendamentos”*.

Além do depoimento supracitado, o entrevistado GR5, também gestor, referiu que: *“[...] direcionando também a reflexão para os prestadores deste serviço, sinto que nem sempre estão acolhedores para as necessidades exigidas por esses idosos”*.

Embora alguns usuários 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. Tal fato pode ser ratificado quando o entrevistado U15, por exemplo, aponta: *“[...] Eles deviam vir coletar exames de sangue em casa. Para quem não sai de casa é muito difícil se locomover, é um sacrifício [...]”*. Outro entrevistado (U9) em sua fala relatou: *“[...] A fisioterapia, já foi feito pedido e estou na fila há mais de quatro meses. Isso às vezes deixa a gente desesperada... eu sei que tem que ter paciência, mas sou eu quem fica aqui sentada esperando dia e noite... não é fácil [...]”*.

A intersetorialidade e as redes de apoio social são essenciais para o atendimento do idoso com deficiência física na Atenção Primária, destacadas por alguns informantes desse estudo, como o entrevistado GR5: *“[...] seria necessário um trabalho intersetorial”*. Outro informante (GR3) citou que *“[...] é importante o fortalecimento das redes de apoio: assistente social, fisioterapia, nutricionista e outros”*.

3.3 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 ao fortalecimento de sua participação enquanto cidadão.

Para a maioria dos gestores e profissionais da saúde, as idéias centrais referentes à acessibilidade aos serviços de saúde na atenção primária foram associadas às barreiras arquitetônicas e à estrutura física dos centros de saúde. Alguns desses entrevistados colocaram que essa inacessibilidade está da mesma forma atrelada à falta de transportes públicos ou privados para o deslocamento desses idosos. Já para os idosos, ficaram evidentes as dificuldades relacionadas ao acesso geográfico e ao transporte, conforme apresenta um dos entrevistados (U12) em seu discurso: *“É ruim ir até o posto... não vou mais... é*

longe... difícil subir lá no postinho". Em relação ao transporte, o informante U2, em sua fala menciona que *"É difícil o transporte... de carro é uma dificuldade, não consigo entrar nem sair... eles têm que me levar no colo"*.

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 seriam necessárias adequações 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.

Os processos de trabalho pouco flexíveis, bem como a falta de uniformidade dos atendimentos ao idoso afetam a acessibilidade aos serviços de saúde na atenção primária. O informante GC1 ressaltou: *"O acesso depende muito da equipe da unidade, se está completa e consegue realizar visitas domiciliares regulares, se aceita que os familiares agendem consulta"*. Já o processo de trabalho organizado e o acolhimento garantem bom atendimento, diminuindo a inacessibilidade gerada pela estruturação física de alguns centros de saúde. O entrevistado GC3, durante a entrevista citou que *"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"*.

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.

Ao ser indagado, GL1 referiu: *"Aos 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 [...]"*, já o entrevistado GC5, relatou que *"[...] 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"*.

Conforme as necessidades de cuidado, esse idoso será atendido através do acolhimento, agendamento programado, agendamento de visita domiciliar e atendimento prioritário no centro de saúde, como mencionado pelo gestor GR5 durante a entrevista, onde relatou que *"O acesso à assistência é garantido pelas organizações de agendas e quando necessário no próprio domicílio"*. O informante GC2, também gestor, afirmou que *"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"*.

Ao longo dos anos, a legislação nacional foi sendo aprimorada 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 legislação específica para estas pessoas, ainda se verifica que elas estão bastante excluídas da sociedade (RESENDE; VITAL, 2008). No âmbito da deficiência em idosos, a discussão ainda é mais incipiente.

Esse achado vem ao encontro dos estudos que afirmam que o envelhecimento populacional e o despreparo da saúde pública mundial para atender às demandas desse segmento da população são indiscutíveis. 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 (LIMA-COSTA; VERAS, 2003; SCHOENENBERGER; STUCK, 2006).

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

A vinculação dos serviços no território à 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. Estas pessoas precisam ter acesso a todos os outros tipos de serviços sem qualquer tipo de barreira, seja física, de informação ou de conhecimento. Na raiz dessa abordagem está a perspectiva da inclusão social, entendida por Sasaki (1997, p. 3), 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”.

A atenção primária deve ser um cenário de vivências, experiências, construções e ressignificações, nesse sistema de cuidados que o idoso com deficiência física está inserido. Por conseguinte, esse deve ser 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.

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. O que parece perturbar nos contatos com pessoas com deficiência é o fato de não saber lidar com elas (VERAS, 2009).

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 pensões. Assim, é necessário refletir e trabalhar junto aos 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; BUCHALA, 2005).

Corroborando com Moraes e Bertolozzi (2011), 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. Dessa forma, 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.

Para Veras (2001), apesar da Atenção Primária ser campo para o desenvolvimento das práticas de atenção à saúde da pessoa com deficiência física, especificamente no que se refere à inclusão e integração social, essas práticas ainda são pouco contempladas.

A população idosa é a que consome mais serviços de saúde. No entanto, o sistema de atenção à saúde do idoso no Brasil ainda apresenta-se precário e desorganizado, impedindo que os recursos sejam utilizados melhor e mais adequadamente. Nos países mais desenvolvidos, de acordo com Veras (2003), tais recursos são aplicados de forma mais judiciosa e com maior resolutividade. Por isso, conforme os estudos de Batista et al. (2008), em nosso país, os serviços de saúde podem ser avaliados como inadequados para viabilizar os cuidados de que as pessoas idosas possam precisar.

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).

Corroborando com os estudos de Othero e Dalmaso (2009), 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.

A garantia de acesso universal, princípio de universalidade do SUS, extrapola a dimensão individual. É responsabilidade coletiva, nos mais diversificados níveis de atenção, a garantia desse acesso através de rede integrada de cuidados. 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).

Para Frenk (1992), 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.

Outros pesquisadores levam em conta para definição de acesso as subcategorias: acesso geográfico (forma e tempo de deslocamento e distância da unidade à sua moradia); acesso econômico (custo de deslocamento, recebimento de insumos e medicamentos); 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 (RAMOS, 2003; ADAMI, 1993).

5 Conclusão

Diferentes cenários, sujeitos e contextos sociais demonstram semelhantes condições vivenciadas pelas pessoas idosas com deficiência física ao acessar os sistemas de saúde, evidenciando a deficiência do sistema público de saúde.

Este estudo evidenciou que os gestores e profissionais possuem certa limitação no tocante ao conceito de acessibilidade, o pensado na vertente das barreiras arquitetônicas. Em contrapartida, os usuários (idosos) abordam a acessibilidade no seu sentido mais amplo, incluindo o acesso a transportes e às barreiras arquitetônicas associando-os à qualidade do atendimento e cidadania.

Ao investigar a temática pretende-se fornecer subsídios que auxiliem na condução da política municipal de saúde quanto aos aspectos relacionados à acessibilidade dos idosos aos serviços de saúde na Atenção Primária.

ACCESSIBILITY FOR THE ELDERLY WITH PHYSICAL DISABILITIES IN PRIMARY CARE

abstract

Qualitative descriptive study that investigated the accessibility of elderly people with physical disabilities to health services in primary care, from the perspective of users, health professionals and managers. System and policy Services: 18 interviews with seniors and using semi-structured questionnaires with 17 managers and three health professionals, between June and December 2010 were performed for data analysis used the dialectical hermeneutics, emerging categories. health: challenges and contradictions; Meeting the needs of the elderly with disabilities: discourses and practices; Accessibility barriers: barriers to care to the elderly. Situations, being old and have a disability, are vulnerable situations; existing weaknesses in senior care with physical disabilities in primary care against the principles of the Health System, which are: universality, fairness and integrity.

keywords

Elderly. Disabled persons. The Unified Health System.

referências

- ADAMI, Nilce Piva. 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, v. 1, n. 2, p. 53-67, jul. 1993.
- BATISTA, Anália Soria et al. *Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social*. Brasília: MPS, 2008.
- CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, jun. 2003.
- FABRICIO, Suzele Cristina Coelho; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani. Revisão de literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 113-119, abr./jun. 2008.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cássia Maria. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial de Saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-193, jun. 2005.

FRENK, Julio. The concepts and measurement of accessibility. In: WHITE, Kerr L. et al. *Health Services Research: an Anthology*. Washington: PAHO, 1992. p. 842-855.

GIOVANELLA, Ligia; FLEURY, Sonia. Universalização da atenção à saúde: acesso como categoria de análise à saúde. In: EIBNSCHUTZ, Catalina. *Políticas de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. p. 177-198.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2010*. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 jun. 2011.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; VERAS, Renato Saúde Pública e Envelhecimento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-701, maio/jun. 2003.

MORAES, Paulo Alexandre de; BERTOLOZZI, Maria Rita; HINO, Paula. 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, n. 1, p. 19-25, mar. 2011.

OTHERO, Marília Bense; DALMASO, Ana Silvia Whitaker. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. *Interface*, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 177-188, mar. 2009.

RAMOS, Luiz Roberto. 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, maio/jun. 2003.

RESENDE, Ana Paula Crosara de Resende. *A convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência comentada*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008.

SASSAKI, Romeu Kazumi. *Inclusão: construindo uma sociedade para todos*. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

SCHOENENBERGER, Andreas W.; STUCK, Andreas E. Health care for older persons in Switzerland: a country profile. *Journal American Geriatric*, Suíça, v. 54, n. 6, p. 986-990, June 2006.

VERAS, Renato. 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 de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, p. 705-715, maio/jun. 2003.

_____. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, maio/jun. 2009.

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

Recebido em: 28/04/2014
Aceite final: 11/12/2014

