



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

POLYANNA GOMES CAMPOS

**O ACESSO DA POPULAÇÃO IDOSA AO SERVIÇO DE  
ATENÇÃO BÁSICA**

Brasília – DF

2017

POLYANNA GOMES CAMPOS

**O ACESSO DA POPULAÇÃO IDOSA AO SERVIÇO DE  
ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília –  
Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para  
obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional

Professor Orientador: Grasielle Silveira Tavares Paulin

Brasília – DF

2017

POLYANNA GOMES CAMPOS

**O ACESSO DA POPULAÇÃO IDOSA AO SERVIÇO DE  
ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília - Faculdade de  
Ceilândia como requisito parcial para obtenção do  
título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

BANCA EXAMINADORA

---

Titulação, Nome completo

Orientador(a)

---

Titulação, Nome completo

Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília

Aprovado em:

Brasília,.....de.....de.....

Dedico este trabalho, primeiramente a Deus, que se fez fiel as minhas orações, permitindo que eu pudesse ingressar na UnB e cursar o curso o qual eu prometi a Ele, exercer com todo o meu amor, dedicação e excelência. Agradeço a minha Mãe do Céu, Maria Santíssima, que por toda a minha vida sempre esteve a me proteger e guiar os meus passos.

Aos meus pais, por terem me dado desde o jardim de infância, todo o amparo necessário para que eu usufrísse de uma educação de qualidade, não medindo esforços em nenhum momento para que isso acontecesse. Essa vitória é nossa!

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por conceder a força que me renova todos os dias e me ajuda a prosseguir o caminho. Por nunca ter me desamparado e por confiar a mim uma missão tão linda.

Aos meus pais, agradeço por toda paciência, compreensão e aposta no meu potencial durante todo esse processo. Obrigada por todo suporte que sempre me deram, me possibilitando alcançar voos mais altos, mas sempre tendo a certeza de que tenho um lar.

A minha irmã, que está iniciando sua trajetória na graduação. E que por transbordar tanto amor e bondade, também escolheu atuar na área da saúde, podendo assim cuidar de quem tanto precisa. Te amo muito, e sinto muito orgulho! Trabalharemos juntas, em breve!

A minha tão importante e inesquecível amiga Eduarda Oliveira que tanto me incentivou a ter gosto pelos estudos com todo seu esforço e determinação para atingir um objetivo. Por ter me apresentado a Terapia Ocupacional há anos atrás. Sem dúvidas, você teve papel primordial para início da minha trajetória, e sempre foi o meu espelho, mesmo de longe. Existe muito de você em mim!

Com todo meu amor, a minha grande amiga, irmã e anjo da guarda Aurea Clara. Sem a sua luz, sua bondade, paciência e incentivo, com certeza, esse trabalho não teria sido concluído! Você me ajuda a ser uma pessoa melhor!

Ao meu grande amigo Dennis Stanley (in memoriam), que durante sua passagem pela terra, me ensinou a ser um ser humano melhor, contribuindo para o meu processo evolutivo! Tenho certeza que de onde você está, também comemora comigo mais essa realização! Você foi incrível! Te amo eternamente!

Agradeço a Prof(a) Carol Becker e a orientadora Joana D'arc por terem me auxiliado nesses últimos semestres, por terem acolhido com tanto carinho as minhas queixas, e principalmente, por terem acreditado em mim!

A todos meus mestres que contribuíram para a consolidação do meu amor e encanto pela Terapia Ocupacional.

A todos os meus familiares e amigos que sempre estiveram ao meu lado me impulsionando a sempre dar o meu melhor. Agradeço em especial, ao grande presente que Deus me deu, para

conseguir concluir com mais leveza e alegria os últimos semestres da graduação, meus colegas de faculdade Jessica, Jonatan e Isa. Vocês não imaginam, mas tornaram os últimos tempos mais fáceis. Gratidão!

E por último, e não mesmo importante, agradeço de todo meu coração a minha doce e querida orientadora de TCC, Grasielle Tavares, por ter me auxiliado na conclusão desse trabalho que envolve tanto amor e humanismo. Sinto imensa admiração e respeito pela senhora!

“Muitas vezes me acontece de brincar o jogo do contente sem pensar. A gente fica tão acostumada que brinca sem saber. Em tudo há sempre alguma coisa capaz de deixar a gente alegre; a questão é só descobri-la.” Pollyanna.

## **RESUMO**

Considerando que a população idosa vem progressivamente com o passar dos anos, ocupando o topo da pirâmide etária brasileira, nota-se a suma importância de atentar-se o olhar acerca da saúde dessa população. Acreditando-se que a promoção da saúde seja a forma mais eficaz para estabelecer esse feito, o presente estudo possui como objetivo principal analisar os problemas enfrentados por idosos residentes do condomínio Privê de Ceilândia, em relação ao acesso ao serviço de atenção primária. Tendo como objetivos específicos, identificar as dificuldades na acessibilidade para o serviço, analisando se existe programas com enfoque na humanização no mesmo. E descrevendo o perfil dos idosos que possuem dificuldades para acessar a atenção primária, e os motivos para a não adesão ao tratamento. Trata-se um estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratório, com amostra composta por 06 idosos residentes do condomínio Privê de Ceilândia. Será realizada uma entrevista semiestruturada, com aplicação de um questionário com 12 perguntas. Espera-se com o presente estudo, compreender se a população idosa residente no Condomínio Privê de Ceilândia, consegue ter acesso ao serviço de atenção primária para assim iniciar cuidados com a saúde.

Palavras chave: Idosos, atenção primária, acessibilidade, humanização



## **ABSTRACT**

Considering that the elderly population is progressively over the years, occupying the top of the Brazilian age pyramid, it is important to take a look at the health of this population. Believing that health promotion is the most effective way to establish this achievement, the main objective of this study is to analyze the problems faced by elderly residents of the Privê de Ceilândia condominium, in relation to access to the primary care service. Having specific objectives, identify the difficulties in accessibility for the service, analyzing if there are programs focused on the humanization in the same. And describing the profile of the elderly who have difficulties to access primary care, and the reasons for not adhering to treatment. This is a qualitative, descriptive-exploratory study with a sample composed of 06 elderly residents of the Privê de Ceilândia condominium. A semi-structured interview will be carried out, with the application of a questionnaire with 12 questions. It is expected with the present study to understand if the elderly population residing in the Condomínio Privê de Ceilândia is able to have access to the primary care service in order to initiate health care.

Keywords: Elderly, primary care, accessibility, humanization.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>PNH</b>	Política Nacional de Humanização
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA</b>	<b>4</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>5</b>
3.1. Objetivos gerais	5
3.2. Objetivos específicos	5
<b>4. METODOLOGIA E MÉTODOS</b>	<b>6</b>
4.1. Tipo de pesquisa	6
4.2. Amostra e critério de inclusão e exclusão	6
4.3. Campo de realização da pesquisa	6
4.5. Procedimentos	7
4.6. Procedimento para análise dos dados	7
4.7. Análise dos dados	7
4.6. Procedimentos éticos	13
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	<b>15</b>
<b>6. CONCLUSÃO</b>	<b>17</b>
<b>7. PLANILHA DE ORÇAMENTO</b>	<b>18</b>
<b>8. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES</b>	<b>19</b>
<b>9. REFERÊNCIAS</b>	<b>20</b>



## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS,1984) nos países em desenvolvimento, como o Brasil, é considerado como um indivíduo idoso, aquele que possui idade igual ou superior a 60 anos. Tendo isso em vista, através da observância do último gráfico da pirâmide etária do Brasil, disponibilizado pelo IBGE em 2010, é possível reparar que houve um considerável alargamento em seu pico, em relação aos últimos dez anos, onde está representada a população idosa, ou seja, a expectativa de vida da população brasileira vem aumentando com o passar do tempo.

Assim , surge também um grande e importante desafio para o Estado, que é a promoção da saúde do indivíduo idoso. De acordo com a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 2º “É possível compreender que a saúde é um dever fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. ”

Atualmente, a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) separa os níveis de atenção à saúde em: atenção primária, secundária e terciária. A atenção primária (APS) é vista como uma estratégia que possa oferecer um primeiro contato do paciente com o serviço, integrando ações preventivas e curativas a população de determinado território. Está englobado dentro da saúde primária, o Programa Saúde da Família (PSF), que foi desenvolvido com o intuito de promover ações na saúde da criança, saúde da mulher, controle de hipertensão diabetes, entre outros (Ministério da Saúde (BR), 2004).

Logo, nota-se que a atenção primária é o nível de atenção à saúde que tem por dever atingir todos os diferentes tipos de populações, assim como, se torna também a porta de entrada do usuário para com o serviço. Então, uma vez que, há falhas nesse primeiro contato, sumpõe-se que também haverá para os demais níveis de atenção á saúde.

A Política Nacional do Idoso foi criada pela Lei nº 8.842 de 1994, tendo como diretrizes, promover o envelhecimento saudável, manutenção da capacidade funcional, assistência às necessidades de saúde do idoso, reabilitação da capacidade funcional comprometida, capacitação de recursos humanos especializados, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais, e o apoio a estudos e pesquisas.

No entanto, frente as diversas mudanças fisiológicas, psicológicas, sociais e culturais, é necessário refletir sobre a efetividade dos direitos da população idosa no acesso e na utilização do serviço de saúde.

Levando-se em consideração as inúmeras alterações que ocorrem na vida da pessoa idosa, subsequente da velhice, podemos verificar a perda de habilidades, desta forma é possível caracterizar como um ponto básico da problemática de humanização, questões relacionadas à acessibilidade, que dificultam ou impedem a chegada do indivíduo idoso até o serviço e também a acessibilidade comunicacional que acaba sendo bastante afetada nesta população.

Está explícito na carta dos direitos dos usuários da saúde, no primeiro princípio, parágrafo VIII: “ A garantia à acessibilidade implica o fim das barreiras arquitetônicas e de comunicabilidade, oferecendo condições de atendimento adequadas, especialmente a pessoas que vivem com deficiência, idosos e gestantes. ” (Ministério da Saúde (BR), 2011).

Dentre as políticas públicas de saúde no Brasil, encontra-se inserida, a Política Nacional de Humanização (PNH) ou HumanizaSUS, que foi apresentada em 2003, e tem como preceito colocar em prática os princípios do SUS (Universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde). Dentre as suas diretrizes, está estabelecido a ampliação do diálogo entre os profissionais, entre os profissionais e a população, entre os profissionais e a administração, promovendo a gestão participativa. Tornar mais humana a relação profissional-paciente fará com que o idoso se sinta mais acolhido, informado e otimista para procurar e fazer uso do serviço.

Em sucessão a essa problemática inicial, e primordial, para o primeiro acesso ao serviço de saúde, evidencia-se também como grande falha para a aplicação da humanização dentro do serviço, a falta de qualificação a partir dos profissionais que atuam no mesmo; ocasionando por vezes, uma falta de empatia entre profissionais e usuário, além de gerar falhas na comunicação e transmissão de informações primordiais acerca do serviço, ou até mais especificadamente do tratamento buscado por cada indivíduo. De acordo com a Carta de Ottawa:

“Reorientar os serviços de saúde exige também que se dedique uma atenção especial à investigação em saúde e às alterações a introduzir na educação e formação dos profissionais. Tal perspectiva deve conduzir a uma mudança de atitudes e de organização dos serviços de saúde, focalizando-os nas necessidades totais do

indivíduo, enquanto pessoa, compreendido na sua globalidade. ”  
(OMS,1986).

No entanto, deve-se pontuar também, que se não houver antes de tudo, o conhecimento por parte da população alvo, acerca das inúmeras políticas existentes voltadas para tal, a mesma não conseguirá chegar até o serviço quando necessário.

É importante ressaltar ainda, que o SUS tem o dever não só de oferecer serviços de caráter curativo, como também, preventivo, proporcionando para população idosa, antes de tudo, uma maior qualidade de vida.

Com isso, enxerga-se a necessidade de pontuar quais são, por sua maioria, as barreiras enfrentadas pelos idosos residentes no Condomínio Privê, em Ceilândia no acesso aos serviços do centro de saúde.

## **2. JUSTIFICATIVA**

Diante das informações demográficas apresentadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE,2010) acerca da eclosão da população idosa nos últimos anos, torna-se necessário acompanhar e atentar-se à saúde do idoso. Enfatizando-se o fato de que, para que esse grande feito possa continuar a acontecer, torna-se primordial, a aplicação da promoção da saúde nessa população, considerando a atenção primária porta primordial para que tal feito seja atingido, e que os demais níveis de saúde também sejam alcançados. Segundo a Carta de Ottawa:

“A Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida.” (OMS ,1986).

Logo, um dos fatores para que tal fato possa ser colocado em prática, é a inclusão do indivíduo idoso ao serviço de saúde. E para que isso ocorra com êxito, faz-se necessário a aplicação da política de humanização dentro do serviço, ocasionando assim, além da oferta de um serviço de qualidade, a integralidade do idoso para com o mesmo.

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, busca colocar em atividade os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças no



modo de gerenciar e atender. Dentro da PNH existem 4 marcas e prioridades específicas, que são elas: 1- Redução das filas, por conseguinte, redução do tempo de espera. De modo que, haja alargamento no acesso e atendimento acolhedor, baseado por critério de risco. 2- Compreensão por meio do usuário, acerca dos profissionais os quais os remetem cuidados, tornando-se assim, responsáveis por sua referência territorial. 3- O serviço assegurará informações aos usuários, assim como, 4- Garantirá gestão participativa dos trabalhadores e usuários, na condução do serviço (HUMANIZASUS, 2004).

Sendo assim, entende-se a necessidade de compreender quem são esses idosos residentes do condomínio prive de Ceilândia, e quais reais motivos que impedem que os mesmo acessem o serviço de saúde na atenção básica.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivos gerais**

Analisar os problemas enfrentados por idosos residentes do condomínio Privê de Ceilândia, em relação ao acesso ao serviço de atenção primária de saúde.

#### **3.2. Objetivos específicos**

Identificar as dificuldades na acessibilidade para o serviço

Analisar se no serviço existe programas com enfoque na humanização da saúde do idoso, e se os mesmos estão apresentando eficácia.

## **4. METODOLOGIA E MÉTODOS**

### **4.1. Tipo de pesquisa**

A pesquisa foi de abordagem qualitativa, que teve por intuito, explorar o conhecimento de cada indivíduo acerca da problemática levantada. Creswell (2010, p. 43) define a abordagem qualitativa como sendo “um meio para explorar e para entender o significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema social ou humano”.

Sendo assim, o estudo foi de caráter descritivo exploratório, onde, foi levantado a descrição dos idosos estudados, traçando o perfil sócio demográfico, que engloba dados como: idade, sexo, escolaridade, entre outros. Segundo Neto (2006, p. 9): “pesquisa exploratória estabelece critérios, métodos e técnicas para a elaboração de uma pesquisa e visa oferecer informações sobre o objeto desta e orientar a formulação de hipóteses”.

### **4.2. Amostra e critério de inclusão e exclusão**

A população alvo do estudo, foram idosos com 60 anos ou mais, moradores do território pertencente ao Centro de saúde do local. Foram selecionados 6 participantes.

- Critérios de inclusão: idosos (+60 anos) sendo residentes do Condomínio Privê, que relataram passar por problemas correlacionados ao acesso no serviço de saúde.
- Critérios de exclusão: idosos que não residem no território e possuam menos de 60 anos de idade.

Os idosos que se adequaram aos critérios de inclusão, receberam o convite para participar da pesquisa, através de uma visita em sua residência, assim como também tiveram acesso ao termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (ANEXO A).

### **4.3. Campo de realização da pesquisa**

O presente estudo foi realizado no bairro Setor Privê que fica localizado na região administrativa de Ceilândia, no Distrito Federal - DF.

O condomínio Privê ou Condomínio Lucena Roriz como também é conhecido, está localizado às margens da BR 070, sendo o último bairro na parte norte da cidade, depois do Setor 'O' de Ceilândia e Expansão do Setor.

### **4.4. Instrumentos para produção de dados**

O instrumento de estudo para produção de dados foi a entrevista semiestruturada, onde foram aplicadas perguntas abertas e fechadas, com o propósito de melhor compreender os reais motivos que impedem que o usuário se mantenha em tratamento no serviço.

A entrevista abordou questões relacionadas ao primeiro contato do indivíduo com o serviço, assim como a acessibilidade até o mesmo.

Marconi e Lakatos (2010, p. 178) afirmam que “A entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional”.

### **4.5. Procedimentos**

Os dados foram coletados através de uma entrevista semiestruturada que abordará questões como: Nome, sexo, idade, escolaridade, religião, a quanto tempo reside no local, se mora sozinho, caso não, com quantas pessoas reside, tipos de patologia que possui, se frequenta o Centro de saúde, se sim, há quanto tempo. Se não, por quais motivos. E o que gostaria que fosse modificado para que houvesse adesão ao serviço. (ANEXO 1)

Para aplicação da entrevista, foi feita uma visita até a residência do indivíduo. A entrevista ocorreu em local arejado e calmo, onde não houve influências externas. Tais como: ruídos, calor, e sugestão e opiniões de terceiros.

#### **4.6. Procedimento para análise dos dados**

Os dados coletados através da pesquisa, foram gravados e transcritos na íntegra. Segundo Bardin (2011, p.15), “a análise do conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e conteúdos) extremamente diversificados”.

#### **4.7. Análise dos dados**

Para análise de dados foi utilizado a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1991). Segue-se três fases: Pré - análise, Exploração do material, e interpretação.

Pré- análise: onde se compreendeu uma leitura geral do material e iniciou-se a organização das ideias e estabelecimento de indicadores para a interpretação dos dados coletados.

Exploração dos materiais: nesta fase foram agrupadas as ideias principais, palavras-chaves que foram identificadas.

Interpretação: consistiu em captar os conteúdos manifestados em todo o material coletado.

Os dados coletados foram transcritos literalmente, e logo após construídas 02 categorias. Sendo elas:

- Identificação das dificuldades na acessibilidade para o serviço
- Análise da existência de programas dentro do serviço com enfoque na humanização da saúde do idoso, e se os mesmos apresentam eficiência.

A coleta dos dados, se deu através de uma entrevista direcionada por um questionário semiestruturado. Onde, foram entrevistados ao todo 06 idosos, sendo 05 do sexo feminino e 01 do sexo masculino, tendo idades entre 64 e 75 anos.

## **Categoria 1**

### **Acessibilidade e envelhecimento: O acesso ao serviço de saúde por idosos**

Dentre as intervenções que possibilitam maior acesso dos indivíduos idosos ao serviço de saúde, o atendimento domiciliar se faz presente como ferramenta de suma importância, considerando que, esses indivíduos em sua maioria encontram-se em situações de vulnerabilidade e difícil acesso.

A Visita Domiciliar é um “Instrumento formado por um conjunto de ações sistematizadas para viabilizar o cuidado a pessoas e famílias com algum nível de alteração de saúde ou para realizar atividades ligadas aos programas de saúde” (BRASIL, 2003).

No entanto, de acordo com a fala apresentada abaixo, no momento em que o entrevistado S1, refere-se nunca ter recebido visita domiciliar, é possível perceber a lacuna existencial entre o idoso e o acesso dos profissionais em sua residência.

*“Nunca recebi (visita domiciliar). Não sei se é porque as vezes vem e eu não estou em casa também né, porque quase todo dia de manhã eu não estou em casa” (S1).*

A Estratégia Saúde da Família (EFS) juntamente aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), são compostos por uma equipe multiprofissional, sendo estes: médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria; e possuem como intuito principal, possibilitar o acesso domiciliar para pacientes que possuam demandas, dentre eles, estão inclusos os idosos.

A Saúde da Família é uma das principais estratégias, propostas pelo Ministério da Saúde do Brasil, para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde, a partir da atenção básica (BRASIL, 1997).

O Programa Saúde da Família (PSF), atualmente também denominado Estratégia Saúde da Família, vem desempenhando papel estratégico para a consolidação do SUS, favorecendo a equidade e universalidade da assistência por meio de ações inovadoras no setor. Entretanto, não se pode admitir, tomando como base apenas a expansão, que dimensões de qualidade, tais como: Integralidade das ações humanização e satisfação das demandas dos usuários encontram-se plenamente contempladas na referida estratégia. (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

A acessibilidade ao serviço de saúde, também é possível, através de uma boa articulação entre as redes constituídas pelos profissionais, onde, a partir de encaminhamentos para outros setores, é possível garantir que o indivíduo idoso possa receber atendimento e esteja amparado.

Para que exista de fato comunicação entre redes, torna-se indispensável a existência do diálogo entre os profissionais, considerando isto, é necessário a aplicabilidade da clínica ampliada.

A proposta de clínica ampliada está inserida dentro da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), e tem como características a participação ativa do indivíduo dentro do seu plano terapêutico, podendo contar também como o atendimento de equipes de referência, sendo possível realizar a troca de saberes. Com o intuito de possibilitar acompanhamento eficaz para o usuário.

Na fala abaixo, percebe-se que dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Privê, ocorre relações intersetoriais, pois a partir das necessidades existentes, são dados encaminhamentos para os demais serviços de saúde que estejam disponíveis.

No entanto, o indivíduo S3 relata procurar serviços particulares, devido sua insatisfação ao longo período de espera, fato que pode ser ocasionado por diversos outros fatores.

*“Eles (equipe do posto de saúde) encaminham, mas eu não vou, eu prefiro o particular. Porque se depender do hospital público eu vou esperar muito tempo, eu já fui encaminhada uma vez para fazer uma tomografia e não consegui, foram 8 meses esperando,*

*então preferi pagar particular, foram novecentos reais, mas valeu a pena que eu tive o resultado no outro dia” (S3).*

Dentro da definição do termo acessibilidade, encontra-se a expressão autonomia, onde, entende-se, que o indivíduo possua o direito de ser capaz de tomar suas próprias decisões.

“A acessibilidade, conceituada pela Lei 10.098 como sendo a possibilidade e condição de alcance para a utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida, refere-se a dois aspectos, que embora tenham características distintas, estão sujeitos a problemas semelhantes, no que diz respeito à existência de barreiras que são interpostas às pessoas com necessidades especiais: o espaço físico e o espaço digital.”

(TAVARES FILHO et al., 2002).

Logo, compreende-se que o indivíduo idoso, dentro do âmbito do serviço de saúde, deva transitar de modo que consiga tomar suas próprias decisões de forma autônoma. E para que isso ocorra, um dos fatores facilitadores é a disponibilidade de informações.

Dentro do serviço, as informações podem ser acessadas através de cartazes informativos, placas de sinalização e por meio da qualificação dos profissionais que atuam no local. Sendo esperado, que os mesmos consigam sanar todas as dúvidas manifestadas pelos usuários.

Através da fala abaixo, indicada pelo entrevistado S2, nota-se que apesar do mesmo encontrar em algumas situações, respostas para suas dúvidas, ainda existe um grande déficit relacionado a acessibilidade comunicacional entre os servidores e usuários.

*“Muitas vezes alguém que sabe passa para a gente. Muitas vezes a pessoa é mal informada igual a gente, e fica perdido. Não encontro uma pessoa que sabe te dar uma resposta certa, então eu fico voando, porque você não sabe pra quem que pergunta. Você não conhece, ninguém te responde. Mas muitas vezes ainda existe alguém que te informa alguma coisa correta. ” (S2).*

Ainda considerando a definição de acessibilidade segundo a lei 10.098, onde, é caracterizado o direito a condição da utilização de meios de comunicação, observa-se na fala abaixo do entrevistado S3, que existe uma escassez quanto a esses recursos dentro do Centro de Saúde 01.

*“Lá não tem telefone para você ligar, a não ser que você liga para o orelhão” (S3).*

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica as UBS “desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade” (BRASIL, 2012, p.09).

## **Categoria 2**

### **Acolhimento e Cuidado humanizado**

Por ser considerada como porta de entrada para o serviço, a atenção básica deve possuir propriedades que inicialmente permitam que o cidadão possa ser bem acolhido, para que assim, se sinta confortável e convencido de que dentro do SUS encontrará apoio para suas demandas, em todas as redes de atenção à saúde.

O termo acolhimento, dentro da Política Nacional da Humanização, refere-se a uma das suas diretrizes, e tem como um dos seus focos, a criação do vínculo com o usuário. Fator este, considerado de suma importância para a realização de um atendimento classificado como humanizado, que conseqüentemente resultará numa maior adesão ao tratamento pelos usuários. (HUMANIZASUS,2013).

Na fala abaixo, o entrevistado S1, relata que o acolhimento é oferecido aos usuários do serviço. Sendo possível perceber também, as conseqüências positivas desse fator, onde, fica claro perceber que o usuário recebe continuidade ao cuidado.

*“Não tem nada o que reclamar dessas meninas. Porque, se não é na hora, você volta tal dia, você volta mais tarde, você vem depois” (S1).*

“Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de



confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva” (HUMANIZASUS,2013, p.07).

Na fala abaixo, o entrevistado S1 demonstra satisfação quanto a organização do serviço, referente a disponibilidade das informações. Dizendo que os informativos sobre horário de consultas, grupos e disponibilidade de remédios, ficam dispostos em um mural na parede.

*“Tem (explicação dos horários de consulta, dos grupos). Até o remédio que não tem, eles já colocam o papelzinho na parede” (S1).*

A estratégia de ambiência também é vista como recurso fundamental para que o acolhimento aconteça, contribuindo para a ocorrência da humanização. A ambiência também está adentra da Política Nacional de Humanização, sendo caracterizada como o desenvolvimento de espaços que ofereçam aos usuários maior bem-estar, conforto, privacidade, e que promova maior contato interpessoal (HUMANIZASUS,2013).

Esses fatores podem ser designados a vários locais do serviço, especialmente nos locais de espera para atendimento, muitas vezes conhecidos como sala de espera.

A composição da ambiência, é dada por vários elementos que compõe o espaço físico, como a luz, os sons, o cheiro a iluminação. Além de aparatos que contribuam para a efetividade na comunicação e funcionalidade do serviço.

*“Outro dia eu até reclamei porque o médico estava passando mal já tinha dias e eles não estava atendendo. Tinha marcado uma consulta para segunda feira, quando a gente chegou lá ficamos na fila o tempo todo para pegar a senha ficamos bastante tempo e só depois avisaram que o médico não tinha ido e continuava doente. Então eu reclamei “Vocês estão precisando de papel para fazer um cartaz e colocar aqui? Porque nós estamos na fila desde cedinho” E em seguida eles colocaram um papel lá” (S6).*

*“Dos médicos de lá eu gosto, mas acontece que a gente vai procurar uns atendentes, eles não respeitam a idade da gente. Já pensou, acostumada eu assim, sempre lá, mais de trinta anos, desde quando começou o postinho. Se eu vou pedir pra marcar, não é nem uma*

*consulta. Consulta tá certo. É trocar a receita, eu tenho que enfrentar fila e acordar de madrugada. Isso não é falta de respeito” (S1).*

A não ocorrência de práticas que incluam o acolhimento, acarretam sentimentos de insatisfação, como é retratado nas falas dos entrevistados *S6 e S1*. O acesso, o vínculo e a comunicação são fatores que devem estar presentes a partir da porta de entrada do serviço, garantindo não apenas que o atendimento seja efetivo, mas priorizando também a segurança e a comodidade dos usuários, respeitando a particularidade de cada indivíduo.

Para isso, é indispensável que todos os profissionais estejam capacitados para exercer as funções que englobam o cuidado e apoio necessário que toda a população necessita, em especial, as demandas dos indivíduos idosos.

Segundo a BVS, o termo educação na saúde consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular. Percebendo então, a necessidade de que haja uma maior formação para os profissionais que atuam no meio da saúde, além de uma graduação. Com o intuito de que os mesmos tenham uma boa postura e saibam lidar com as diversas problemáticas dentro de seu meio de trabalho.

Além disso, a articulação entre gestores, profissionais e usuários, é outro fator importante para a consolidação da acessibilidade dos indivíduos idosos ao serviço.

Segundo o Ministério da Saúde, educação em saúde, é o conjunto de ações que contribuem no aumento da autonomia das pessoas e no debate com os profissionais e gestores para alcançar uma atenção de acordo com suas necessidades. Deste modo, as ações de educação em saúde, englobam três elementos fundamentais, que são: os gestores, a população e os profissionais em saúde. Priorizando assim, a participação ativa da população, no debate e sugestões de ações de saúde que possam contribuir para o seu cuidado e autonomia.

#### **4.6. Procedimentos éticos**

Essa pesquisa respeitou os critérios éticos propostos pela Universidade de Brasília que se ampara na Resolução CNS nº 466/12 (BRASILIA, 2012), que contempla a necessidade de aprovação do comitê de ética em pesquisa. Após a aprovação foi gerado o número

4494721550000030 que se refere ao parecer da pesquisa. Foi feito o uso do Termo de Assentimento (ANEXO A) para os sujeitos da pesquisa e o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (ANEXO 1).

Os participantes foram informados sobre os objetivos e os procedimentos do estudo e os direitos que lhe são assegurados quanto à sua participação voluntária, o sigilo das informações, os riscos e benefícios do estudo, ressarcimentos e indenizações, constando todas estas informações no documento assinado, em duas vias, uma do pesquisador e outra do participante da pesquisa.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterizar as barreiras, sejam elas estruturais ou comunicacionais que impedem que o idoso tenha acesso ao serviço de atenção básica. Considerando que a velhice é uma etapa da vida que oferece vários fatores de vulnerabilidade para o sujeito, como o acarretamento de fragilidades fisiológicas, e também o afastamento de seus familiares, causando por vezes a completa solidão. É preciso compreender, de qual maneira esses indivíduos conseguem estar inseridos dentro do sistema único de saúde, e de que forma esse atendimento é oferecido, visando que a capacidade de compreensão e associação de informações nessa fase se torna mais delicada.

Foram realizadas entrevistas, com 06 idosos residentes do Condomínio Privê Lucena Roriz de Ceilândia, sendo que algumas de suas casas, estavam alocadas em ruas distintas. Os resultados das entrevistas, que compõe a parte qualitativa da pesquisa foram agrupados em duas categorias, considerando que, as principais questões levantadas pelos idosos entrevistados estavam relacionadas ao acesso, acolhimento e a humanização. Com isso, as categorias foram denominadas como: 1- Acessibilidade e envelhecimento: o acesso ao serviço de saúde por idosos; 2- Acolhimento e cuidado humanizado.

Em sua maioria, as falas dos entrevistados apresentam satisfação quanto a interação da unidade de saúde com a comunidade, que apesar de alguns déficits, mostra-se eficiente.

De acordo com o número de pessoas que se mostraram satisfeitas e insatisfeitas com o serviço de atenção básica oferecido na comunidade, é possível interpretar que de alguma maneira, a proximidade da residência da pessoa, com o centro de saúde reforça a ligação do mesmo com o serviço, visto que as pessoas, que moram algumas quadras mais afastada no posto de saúde, não possuem tanto vínculo com o serviço.

Fato que também evidencia a lacuna existente entre a unidade de saúde e o atendimento domiciliar, eixo fundamental dentro da atenção básica.

Referente às falhas existentes entre o acolhimento e a humanização, percebe-se a necessidade de melhor infraestrutura do serviço, assim como capacitação dos profissionais que atuam no meio, para que aconteçam melhorias no atendimento e na receptividade dos usuários. Além de aperfeiçoamentos na sinalização e manifestação de informações, buscando sempre integrar os idosos com o itinerário do serviço, além de ser um direito, é preciso que

desperte-se a consciência de que, havendo um atendimento humanizado, muitos problemas podem ser sanados de forma simples, além de garantir a prevenção de outros mais graves, entendendo que, a população idosa sentirá prazer de procurar e fazer parte do serviço, a partir do momento que se sente confortável e amparada naquele ambiente, que enxerga e acolhe as suas necessidades particulares.

## **6. CONCLUSÃO**

O presente estudo pôde analisar alguns problemas enfrentados por idosos residentes do condomínio Privê de Ceilândia em relação ao acesso até serviço de atenção primária da saúde. Compreendeu-se a realidade enfrentada por esses indivíduos, considerando que são várias as barreiras de acessibilidade encontradas para se obter acesso ao serviço de atenção primária.

Os bloqueios inseridos na acessibilidade não se dão apenas por características geográficas. Foi possível perceber através da pesquisa que, a falha na comunicação entre a população idosa e o serviço de saúde de atenção primária é um fator primordial para que não

se obtenha acesso ao serviço e conseqüentemente, a procura se abranja a outros serviços de níveis de complexidade que não são considerados os indicados para as demandas.

Dentro da acessibilidade através da comunicação, se compreende que as estratégias de humanização e acolhimento possuem papel fundamental na formação e ampliação do vínculo com o paciente, o que é tido como quesito importante para manter continuidade do tratamento, segundo os entrevistados.

O fato da pesquisa ter sido realizada com idosos residentes de casas localizadas em diferentes ruas do Condomínio Privê, mostrou resultados divergentes quando se considera que, os idosos que residem mais distantes do centro de saúde, relatam maiores queixas quanto à acessibilidade e atendimento.

No entanto, queixas relacionados a demora para marcação de consulta ou fila de espera, são relatos decorrentes independentes da localização das residências.

O estudo mostra que dentro da atenção primária, que é considerada porta de entrada para o Sistema Único de Saúde, a aplicabilidade da humanização se faz primordial, quando se espera obter o vínculo com a população de determinado território. Contribuindo para maior adesão aos processos de promoção da saúde.

## 7. PLANILHA DE ORÇAMENTO

<b>Item</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Especificação</b>	<b>Custo Unitário (R\$)</b>	<b>Valor Total (R\$)</b>
Material de Consumo	01	Cartuchos de Tinta para a impressora HP 1315	R\$ 70,00	R\$ 70,00





<b>Desenvolvimento da Introdução e Justificativa</b>							
<b>Metodologia</b>							
<b>Ajustes finais</b>							
<b>Entrega do pré-projeto</b>							
<b>Avaliação da Banca</b>							

## 9. REFERÊNCIAS

Assis, Marluce Maria Araújo ; Abreu-de-Jesus, W.L. . ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciência e Saúde Coletiva (Impresso) , v. 17, p. 2865-2875, 2012.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Política Nacional do Idoso, Conselho Nacional do Idoso e outras providências**. Brasília (DF): Senado Federal, Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI); 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos da Atenção Básica** n.19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/.../humanizasus\_2004.pdf> Acesso em: 31 jun. 2016.

Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde; novembro de 1986; Ottawa; Ca. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 19.

COSTA SILVA, CM; MENEGHIM, M. C. ; PEREIRA, A. C. ; MIALHE, F. L. . Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. Ciência & Saúde Coletiva (Online), v. 15, p. 2539-2550, 2010

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed/Bookman, 2010.

CUNHA, M. S. ; SÁ, M. C. . A Visita Domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. Interface (Botucatu. Online), v. 17, p. 61-73, 2013.

FALKENBERG, M.B et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciência & Saúde Coletiva 19(3):847-852, 2014.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE/Diretoria de Pesquisas. Censo demográfico, 2010. Rio de Janeiro: IBGE.

GARCIA, I. F. S. ; TEIXEIRA, Carla Pacheco . Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. Sociedade em Debate. Sociedade em Debate (UCPel) , v. 15, p. 1, 2009.

LIMA, C. H. R. ; SILVA, D. G. ; ALMEIDA, C. A. P. L. ; ROCHA NETA, A. S. ; MOURA, L. K. M. ; SOUSA, F. D. L. . A visita domiciliar como tecnologia do cuidado familiar: análise reflexiva. Revista Interdisciplinar (online) , v. 8, p. 209-214, 2015.

MARCONI, M; Lakatos, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

SANTOS, E BARROS, Alúcio Jardim Dornellas de FACHIN, Luiz Augusto. Assistência domiciliar a idosos: determinantes de necessidade e do desempenho do serviço de atenção básica. 2008. Exame de qualificação (Doutorando em Epidemiologia) - Universidade Federal de Pelotas.

## ANEXOS

### **Anexo A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

## ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**FACULDADE CEILÂNDIA**  
**Departamento de Terapia Ocupacional**

Convidamos o (a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa “O acesso da população idosa ao serviço de atenção básica em Ceilândia” sob a responsabilidade das pesquisadora Professora Dra Grasielle Silveira Tavares Paulin e Daniela da Silva Rodrigues. O projeto busca conhecer os problemas enfrentados por idosos residentes do condomínio Privê de Ceilândia, em relação ao acesso ao serviço de atenção primária. Assim como, identificar as dificuldades na acessibilidade para o serviço, analisar se no serviço existe programas com enfoque na humanização da saúde do idoso, e se os mesmos estão apresentando eficácia. Descrever o perfil dos idosos que tem dificuldade em acessar o serviço e os motivos para não adesão.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação se dará por meio de entrevista e preenchimento de questionário relativos ao perfil do participante. O grupo focal será realizado no Posto de Saúde da família no Condomínio Privê-Ceilândia/DF mediante data combinada com um tempo estimado de aproximadamente uma hora e trinta minutos por encontro.

Sua participação na pesquisa será relatando suas experiências pessoais e preenchendo questionários, sendo assegurado o sigilo de todos os dados informados. Se você aceitar participar, estará contribuindo para a construção de conhecimento que pode vir a ajudar pesquisadores a entenderem melhor as características das pessoas com

deficiência no Condomínio Privê-Ceilândia/DF, permitindo assim intervenções futuras direcionadas as necessidades detectadas.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável. Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Profa. Dra. Grasielle Silveira Tavares Paulin, na Faculdade Ceilândia no telefone (61) 82796500 e (61) 31078418 no horário de 7h30 às 11h30 e 14h30 às 17h30, de segunda a sexta-feira.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail [cepfs@unb.br](mailto:cepfs@unb.br) ou [cepfsunb@gmail.com](mailto:cepfsunb@gmail.com), horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor(a).

---

---

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## ANEXO 1

### ENTREVISTA

Nome completo:

Profissão:

Sexo:

Religião:

Data de nascimento:

Escolaridade:

#### **Acesso de primeiro contato - Acessibilidade**

- 1) Qual serviço de saúde o Sr. (a) costuma frequentar, seja para consultas rotineiras ou emergenciais?
- 2) O Sr. (a) se sente acolhido nesse espaço? É bem atendido?
- 3) Recebe informações necessárias para alcançar o que deseja? Quando surge alguma dúvida, sabe a quem perguntar e obtém respostas?
- 4) Quando adoce, você consegue algum tipo de atendimento imediato?
- 5) Quanto tempo em média o Sr. (a) leva para ser atendido?
- 6) É fácil marcar horário para consulta rotineira?
- 7) Quando sua consulta é cancelada, ou precisa ser remarcada, o sr. (a) é avisado previamente?
- 8) Quando algum atendimento não existe ou não está disponível no momento dentro do serviço, você recebe auxílio para ser encaminhado a outro local?
- 9) O serviço é bem sinalizado? Possui placas, cartazes?
- 10) O Sr. (a) tem conhecimento do funcionamento do posto? Dia de marcação de consultas, dia de grupos, etc
- 11) O Sr. (a) já recebeu a visita de algum profissional do serviço em sua residência? Se sim, com qual frequência?

- 12) Quando não é possível estar presente no serviço, o sr. (a) consegue instruções pelo telefone?
- 13) Quando é preciso de atendimento durante a noite, qual serviço é procurado?
- 14) Quando o Sr. (a) necessita de atendimento no final de semana, qual serviço procura?