



Universidade Federal  
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA CIÊNCIAS DA VIDA  
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**THAIRON JOSÉ MACHADO DE ARAUJO NÓBREGA**

**PERCEPÇÃO DOS IDOSOS A CERCA DO ACOLHIMENTO  
NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CAJAZEIRAS-PB  
2011**

**PERCEÇÃO DOS IDOSOS A CERCA DO ACOLHIMENTO NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

---

**THAIRON JOSÉ MACHADO DE ARAUJO NÓBREGA**

**PERCEPÇÃO DOS IDOSOS A CERCA DO ACOLHIMENTO NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida – UACV, do Centro de Formação de Professores – CFP, da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Esp. Ms. Alba Rejane Gomes De Moura Rodrigues e Coorientação da Prof.<sup>a</sup> Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento.



**CAJAZEIRAS-PB  
2011**



Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096  
Cajazeiras - Paraíba

N754p Nóbrega, Thairon José Machado de Araújo  
Percepção dos idosos a cerca do acolhimento na  
estratégia de saúde da família. / Thairon José Machado  
de Araújo Nóbrega. Cajazeiras, 2011.  
69f. : il.

Orientadora: Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues.  
Coorientadora: Aissa Romina Silva do Nascimento.  
Monografia (Graduação) – CFP/UFCC

1.Idoso - humanização na assistência. 2.Saúde da família  
- assistência ao idoso. I. Rodrigues, Alba Rejane Gomes  
de Moura. II. Nascimento, Aissa Romina Silva do.  
II.Título.

UFCC/CFP/BS

CDU – 612.67

UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA  
BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS  
E TECNOLOGIA

**THAIRON JOSÉ MACHADO DE ARAUJO NÓBREGA**

**PERCEPÇÃO DOS IDOSOS A CERCA DO ACOLHIMENTO NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida – UACV, do Centro de Formação de Professores – CFP, da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, apreciada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/2011.


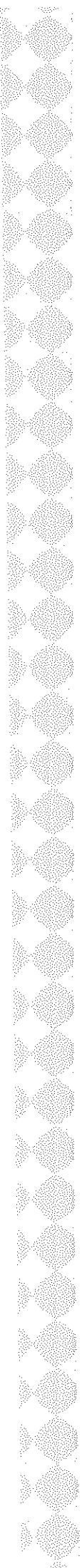
**BANCA EXAMINADORA**

Prof.<sup>a</sup> Esp. Ms. Alba Rejane Gomes De Moura Rodrigues, Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Campus Cajazeiras – PB

Prof.<sup>a</sup> Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento, Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Campus Cajazeiras – PB

Enfa. Esp. Eliane de Sousa Leite, Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Campus Cajazeiras – PB

Prof.<sup>o</sup> Esp. Mary Luce Meira, Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Campus Cajazeiras – PB



Dedico este trabalho a meus avos paternos e maternos, por representarem cerca de 20 milhões de idosos espalhados por todo Brasil, que necessitam de uma atenção humanizada com amor e carinho.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus, que esteve comigo em todas as horas difíceis e alegres, protegendo e dando capacidade para que chegasse esse momento em minha vida.

Aos meus pais Tasso Roberto de Araújo Nóbrega e Maria Sônia da Nóbrega Machado, que foram presentes de Deus para minha vida e que sem os esforços, dedicação e as orações deles eu nunca teria chegado a esse momento tão especial.

Aos meus irmãos Tasso Roberto Machado de Araújo Nóbrega e Thainar Machado de Araújo Nóbrega que assim como meus pais, me apoiaram e estiveram comigo nos momentos difíceis e alegrias. Em que agradeço a Deus pela existência deles. Com destaque exclusivo para minha irmã que conviveu comigo durante os anos em que estive morando em Cajazeiras, dividindo vários momentos alegres, tendo sempre um cuidado especial com minha pessoa.

Aos meus avós Maternos Elvira Machado e João Fernandes e paternos Genival e Maria Lucena pelas preocupações, orações e o cuidado tão gostoso que apenas os avós sabem nos dar.

Aos meus tios maternos e paternos pelos conselhos dados na hora certa, pelas alegrias que me proporcionaram e destaco novamente as orações que me fizeram tão bem.

À UFCG e aos professores que me transmitiram seus ensinamentos tão importantes para minha vida profissional. Em partícula a professora Aissa Romina que para mim ela não é só T20, e sim “ T100% ”, estando sempre à disposição, com seu jeito diferenciado e alegre de se relacionar. E a professora Alba Rejane por aceitar a orientação deste trabalho.

Aos colegas que fiz durante esta caminhada de 4 anos e meio, onde muitos se tornaram mais que colegas e sim grandes amigos em que posso confiar: Luciana Priscilla, Rayrla Cristina, kylvia Luciana, kilvia Kiev, Priscila Dayane, Maryanne Carolyne, Jussara Herculano, Kadydja Russell, Larissa Rolim, Tamara Cristina, Arielle Wignna, Marina Mendes, Milena Santos e Natalia da Silva. E em especial aos meus, não colegas, mas sim irmãos de curso Felipe José, Marino Medeiros e Wanderson dos Santos, os tri loucos! Eu agradeço.

“Se tentam destruir-me zombando da minha fé, e até tramam contra mim. Querem entulhar meus poços. Querem frustrar meus sonhos e me fazer desistir.

Mas quem vai apagar o selo que há em mim, a marca da promessa que Ele me fez. E quem vai me impedir, se decidido estou. Pois quem me prometeu é fiel pra cumprir.

O meu Deus nunca falhará, eu sei que chegará minha vez, minha sorte Ele mudará diante dos meus olhos.

Prepara-me uma mesa na presença dos meus inimigos, unge minha cabeça e o meu cálice faz transbordar.

Mas quem vai apagar o selo que há em mim, a marca da promessa, que Ele me fez. E quem vai me impedir se decidido estou. Pois quem me prometeu é fiel pra cumprir.

O meu Deus nunca falhará, eu sei que chegará minha vez, minha sorte Ele mudará diante dos meus olhos”.

Trazendo a Arca (2007, Marca da Promessa)



NÓBREGA, Thairon José Machado de Araujo. **Percepção dos Idosos d Cerca do Acolhimento na Estratégia de Saúde da Família.** Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB – 2011.

## RESUMO

São notórias as mudanças no perfil demográfico brasileiro, onde o numero de idosos vem crescendo a cada ano. Diante disto, tem se criado e implantado políticas para resguarda os direitos dessa faixa etária da população, a exemplo da PNSPI que apoiado na PNH, apresenta o acolhimento como ferramenta para reorganizar os serviços, de forma a prestar uma assistência integral com resolutividade e responsabilização, dentro de princípios humanistas. Este estudo teve como objetivo conhecer a percepção dos idosos a respeito do acolhimento recebido em um serviço da Atenção Básica de Saúde. Trata-se de um estudo de campo descritivo com abordagem qualitativa. O estudo ocorreu nas áreas de abrangência da unidade básica de saúde José Leite Rolim do município de Cajazeiras – PB. Participaram da pesquisa 20 idosos cadastrados no programa hiperdia. A entrevista se deu com auxilio de um gravador de voz, sendo realizada no domicilio. Os aspectos éticos foram rigorosamente cumpridos de acordo com a Resolução 196/96 em pesquisas envolvendo seres humanos, aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de Campina Grande/ Hospital Universitário Alcides Carneiro em 09/11/2011. Os dados foram transcritos e analisado seguindo a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo. De acordo com os resultados nota-se que parte dos participantes encontra-se satisfeitos com a forma que é recebida e atendidos na UBS pelos profissionais de saúde, pois demostram ser receptível, ter bom relacionamento com a população criando vínculo, ter preocupação com o estado do paciente, ter paciência na escuta, respeitar e ter responsabilidade. Porém foi visto nas falas atitudes de falta de respeito na recepção e falta de prioridade no atendimento. No que diz respeito à busca de resolutividade, foi percebido que a forma de continuidade do atendimento mais utilizado foi o encaminhamento para outros setores. Observou-se, como ponto negativo, que os problemas de gestão como: a falta de medicamentos, de estrutura, de materiais para realizar exames e falta do profissional médico durante toda a semana na unidade, são dificuldades que interferem diretamente no processo de acolhimento, pois impossibilita a resolutividade da atenção. Conclui-se, de modo geral, que de acordo com os resultados a atenção às necessidades do processo de envelhecimento ainda sofre com inúmeras dificuldades que impossibilita uma assistência digna a pessoa idosa, como prevista pela PNSPI e a PNH.

**Palavras-chave:** Acolhimento. Idosos. Humanização. Estratégia Saúde da Família.

NOBREGA, Thairon Jose Machado de Araujo. Perception of the Elderly at Home d About the Family Health Strategy. Completion of course work (Bachelor of Nursing) - University of Campina Grande, Cajazeiras - PB - 2011.

## ABSTRACT

Well-known are the changes in the demographic profile of Brazil, where the number of elderly is growing every year. Given this, has created and implemented policies to protect the rights of this age group, such as the PNSPI that supported the PNH, the host presents as the tool to reorganize services in order to provide a comprehensive assistance with problem solving and accountability, within humanistic principles. This study aimed to understand the perception of the elderly regarding the service received at a host of Primary Health. It is a descriptive field study with qualitative approach. The study took place in the areas of coverage of basic health unit José Leite Rolim the city of Cajazeiras - PB. 20 seniors participated in the survey registered in the program HIPERDIA. The interview took place with the aid of a voice recorder, which is performed at home. The ethical aspects were adhered to in accordance with Resolution 196/96 on research involving human subjects approved by the ethics committee of University of Campina Grande/ Hospital Universitário Alcides Carneiro on 09/11/2011. The data were transcribed and analyzed following the proposal of the Collective Subject Discourse. According to the results it is noted that the participants were satisfied with how it is received and treated at UBS by health professionals because it has proven to be receptive, to have good relationship with the people creating the bond, have no concern for the state the patient, be patient in listening, respect and take responsibility. But it was seen in the speeches attitudes of disrespect and lack of reception priority attention. With regard to the pursuit of resolution, it was realized that the way of continuity of care was the most used referral to other sectors. It was observed as a negative point, the management problems such as lack of medicines, structure, materials for tests and lack of medical professionals throughout the week in the unit are difficulties that interfere directly in the process of reception, impossible because the outcomes of care. We conclude, in general, which according to the results attention to the needs of the aging process still suffers from many difficulties which prevent one dignified elder care, as provided by PNSPI and PNH.

**Key - words:** Home. Elderly. Humanization. Family Health Strategy.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Distribuição dos dados Sócios demográficos dos Participantes, segundo as variáveis do estudo.....	31
<b>Tabela 2</b> – Frequência de idas à UBS no mês.....	33

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b> – Discurso do Sujeito Coletivo: Atenção Integral a Saúde Do Idoso.....	33
<b>QUADRO 2</b> – Discurso do Sujeito Coletivo: Criação de Vínculo com o Usuário.....	35
<b>QUADRO 3</b> – Discurso do Sujeito Coletivo: Existência do Acolhimento a Pessoa Idosa e Falta de Acolhimento a Pessoa Idosa.....	36
<b>QUADRO 4</b> – Discurso do Sujeito Coletivo: Falta de Escuta no Atendimento.....	40
<b>QUADRO 5</b> – Discurso do Sujeito Coletivo: Falta de Acolhimento na Recepção.....	41
<b>QUADRO 6</b> – Discurso do Sujeito Coletivo: Problemas de Gestão que Impossibilita a Resolutividade do Atendimento.....	43
<b>QUADRO 7</b> – Discurso do Sujeito Coletivo: Respeito as Necessidades e aos Direitos da Pessoa Idoso.....	44
<b>QUADRO 8</b> – Discurso do Sujeito Coletivo: Dificuldades para Desenvolver o Acolhimento por Parte de Toda a Equipe.....	46

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- DSC** – Discurso do Sujeito Coletivo
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- HUAC** – Hospital Universitário Alcides Carneiro
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IC** – Ideias Centrais
- NOB** – Normas Operacionais Básicas
- PNH** – Política Nacional de Humanização
- PNI** – Política Nacional do Idoso
- PNSPI** – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
- PSF** – Programa de Saúde da Família
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TCLE** – termo de consentimento livre e esclarecido
- UBS** – unidade básica de saúde
- UFMG** – Universidade Federal de Campina Grande
- USF** – Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>16</b>
2.1 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA NOVA DINÂMICA NA ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	16
2.2 POLÍTICAS PERTINENTES NA ATENÇÃO AO IDOSO.....	19
2.2.1 Política nacional do idoso.....	19
2.2.2 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.....	20
2.3 ACOLHIMENTO: UMA FERRAMENTA NA HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO.....	22
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>27</b>
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	27
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	27
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	28
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	28
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	28
3.6 PROCESSAMENTO E COLETA DE DADOS.....	29
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	30
3.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	30
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>31</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	31
4.2 ANÁLISE QUALITATIVA DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO.....	33
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>47</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>49</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>57</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Brasil anda rapidamente rumo a um perfil demográfico cada vez mais envelhecido. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), atualmente existem no Brasil, cerca de 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 10% da população brasileira. Fenômeno este, que leva a necessidade de adequação e reformulação das políticas direcionadas para esta parcela da população, particularmente daquelas voltadas para área da saúde.

Segundo o Ministério da Saúde envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice. No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2010).

Ainda de acordo com o autor citado anteriormente, estas transformações no padrão demográfico brasileiro tiveram início a partir de meados dos anos de 1980, com a combinação da redução dos níveis da fecundidade e da mortalidade no país. Dessa forma, houve o aumento da expectativa de vida, associado à relativa melhoria no acesso da população aos serviços de saúde, aos avanços tecnológicos da medicina, e ao aumento do nível de escolaridade da população. Resultando em uma melhora na qualidade de vida e no aumento absoluto e relativo da população idosa.

Sendo assim, considerando o novo perfil demográfico do país, se torna de extrema necessidade a implantação de novas políticas e programas voltados para esta faixa etária da população, incluindo a necessidade de ampliação quantitativa e qualitativa de profissionais para atuar na área do envelhecimento. Esta necessidade foi destacada na Política Nacional do Idoso (PNI), e mais recentemente na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (MOTA, 2011).

No ano de 1994, foi implantado no Brasil um novo modelo assistencial de saúde denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este modelo visa reorientar a assistência e propor uma nova dinâmica na estruturação dos serviços de saúde, assumindo o compromisso de prestar assistência integral de acordo com as necessidades do usuário do serviço, tendo como prioridade a humanização das práticas de saúde, buscando a satisfação dos mesmos por meio do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade. Dessa forma objetiva a ESF como a porta de entrada ao sistema local de saúde e o primeiro nível de atenção. Esta mudança de paradigma é crucial no cuidar em saúde, em especial na saúde do idoso (OLIVEIRA, 2010).

Junto a ESF o Ministério da Saúde através da Portaria N° 2.528, de 19 de outubro de 2006 aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, trazendo consigo uma nova visão para a discussão da situação de saúde dos idosos. Dessa forma, a PNSPI tem como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia, da capacidade funcional e da independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010).

Diante da finalidade da PNSPI, o atendimento humanizado mostra-se relevante no contexto atual, caracterizando-se como um movimento no sentido da concretização dos princípios do SUS no dia-a-dia dos serviços (PINTO et al., 2006). Tendo como base a Política Nacional de Humanização (PNH), o Ministério da Saúde propõe estimular esse movimento, incentivando a valorização de todos os atores e sujeitos que participam na produção da saúde.

A operacionalização da PNH dá-se pela oferta de dispositivos, tecnologias, ferramentas e modos de operar. Dentre esses dispositivos, destaca-se o “Acolhimento”, que é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. O que implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, pressupondo mudanças na relação entre profissional e usuário através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade (BRASIL, 2006).

Franco, et al. (1999) retrataram o acolhimento como uma tecnologia para a reorganização dos serviços, visando à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento. Nesse contexto, pontua problemas e oferece soluções e respostas por meio da identificação das demandas dos usuários, rearticulando os serviços em torno deles.

Observando as mudanças no perfil demográfico brasileiro e a implantação de novas políticas voltadas para população idosa, que tratam de uma assistência humanizada, a partir da rede básica de saúde, firmada no acolhimento, deu-se o problema gerador desta pesquisa, no intuito de identificar os impactos gerados por estas políticas. Onde nos questionamos se na percepção do idoso estar havendo realmente um acolhimento, como forma de humanização, na ESF onde ele é cadastrado? Será que a forma na qual os mesmos são recebidos e atendidos na unidade básica de saúde estar de acordo com o que é preconizado?

Nos nossos questionamentos se torna importante ressaltar que saúde para população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não



transmissíveis, e sim, algo mais complexo como a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social. Nesse âmbito, a humanização se torna um pilar essencial no atendimento ao idoso por meio do acolhimento estabelecendo vínculo entre profissionais, usuários e famílias (SILVEIRA et al, 2004).

O presente trabalho teve como objetivo geral analisar a percepção dos idosos cadastrados em uma ESF a respeito do acolhimento recebido, e como objetivos específicos: traçar o perfil sócio econômico dos idosos investigados ou estudados, identificar se ocorre a prática do acolhimento, verificar a percepção do idoso quanto à prática do acolhimento, descrever a prática do acolhimento realizado pelos profissionais da ESF.

A escolha do tema deu-se devido ao contato do pesquisador com a problemática durante uma atividade realizada na disciplina Saúde do Idoso em uma Estratégia de Saúde da Família, na qual entrevistava os profissionais a cerca das principais atividades desenvolvidas para população idosa. Nessa oportunidade foi observada a forma na qual os idosos eram atendidos na unidade, despertando o interesse em se aprofundar nos conhecimentos acerca do tema, como também identificar a existência de um atendimento humanizado, tendo como dispositivo de operacionalização o acolhimento, no intuito de correlacionar com as políticas voltadas para esta população.

Diante da necessidade de uma atenção digna a pessoa idosa, de forma que o mesmo sint-se acolhido dentro da Estratégia de Saúde da Família garantindo um envelhecimento ativo com independência e autonomia, como determinado pelo Pacto pela Vida, constatou-se a importância de pesquisar a cerca do atendimento, tendo o acolhimento como dispositivo de organização do serviço de saúde. Assim como, a necessidade de estudar o tema, por parte da comunidade acadêmica, no propósito de qualificar o atendimento humanizado na ESF.

O presente trabalho encontra-se organizado em tópicos e subtópicos referente ao tema. No primeiro momento é realizado a revisão da literatura pertinente, sendo descrita abordando: a ESF como uma nova dinâmica na estruturação dos serviços de saúde; as políticas pertinentes na atenção ao idoso, dando destaque para PNI, PNSPI, PNH E Estatuto do Idoso; e o acolhimento como ferramenta na humanização do atendimento. No segundo momento é descrito o percurso metodológico realizado para a concretização do estudo, posteriormente os resultados e discursões e em seguida as considerações finais.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA NOVA DINÂMICA NA ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

Baseado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1994 foi criado a Estratégia de Saúde da Família, com o objetivo de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica. Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico social, onde o modelo tecnicista hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas. Assim, o ESF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção (ROSA, 2005).

Para Campos (2007) a ESF surge em resposta à crise do modelo médico-clínico propondo uma real mudança na forma de pensar a saúde, uma vez que o modelo assistencial predominante no país ainda não contempla os princípios do SUS, ou seja, a assistência permanece individualizada, baseada na cura e na medicalização com baixa resolutividade e baixo impacto social.

Em 1988, a promulgação da nova Constituição Brasileira estabeleceu o lema: Saúde é direito de todos e dever do Estado, ou seja, todo brasileiro tem garantido por lei o acesso às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Nesse contexto, é criado o SUS, definindo um novo formato organizativo para os serviços de saúde, tendo como princípios básicos a universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização e participação popular, visando assim à implantação de um modelo integral capaz de ser resolutivo em todos os níveis de atenção a saúde (FREITAS, 2010).

Diante dessas mudanças, o Ministério da Saúde em 1990 aprovou a lei 8.080/90 – “Lei Orgânica da Saúde” que regulamenta o SUS, criando condições de viabilização do direito à saúde. Segundo essa Lei, saúde não é só a ausência de doenças e sim determinada por uma série de fatores presentes no dia-a-dia, tais como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação, lazer etc. Dentre estas novas leis foi regulamentada a participação da comunidade na gerência do SUS através das Conferências e dos Conselhos de Saúde, através da Lei 8.142/90. Foram criadas, também, as Normas Operacionais Básicas

(NOB) que é um instrumento jurídico-institucional editado periodicamente pelo Ministério da Saúde para aprofundar e reorientar a implementação do SUS, definindo novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimento tático-operacional e regulamentando as relações entre os seus gestores (BRASIL, 2006a).

Dentro desse esquema, estruturalmente bem feito e legalmente determinado, a implantação do SUS é inevitável e se faz por diversos instrumentos, sendo um deles a ESF. Onde o usuário é chamado a cuidar de sua própria saúde e de sua família, por meio de atividades diversas, e de seu bairro, participando dos conselhos locais de saúde. Sendo assim a ESF propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, assim como para os diversos níveis de assistência. Assumindo o compromisso de prestar assistência integral à população na unidade de saúde e no domicílio de acordo com as necessidades, identificando fatores de risco aos quais estão exposta e intervindo de forma apropriada, propondo-se a humanizar as práticas de saúde, buscando a satisfação dos usuários, por meio do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade, tendo sempre a saúde como direito de cidadania (SOUSA, 2000).

Dessa forma, o ESF torna-se a unidade pública de saúde destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades características do nível primário de atenção. Representando o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, caracterizando-se como porta de entrada do sistema local de saúde, substituindo as práticas convencionais pela oferta de uma atuação centrada nos princípios da vigilância à saúde (BRASIL, 1997).

Segundo o Ministério da Saúde (2007), além dos princípios gerais da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família deve:

- Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
- Atuar no território realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura proativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizadas, com base no diagnóstico situacional, e tendo como foco a família e a comunidade;
- Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias;

- Ser um espaço de construção de cidadania.

A ESF é constituída por uma equipe interdisciplinar que deve atuar em uma perspectiva interdisciplinar. Os membros da equipe articulam suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada para propor soluções conjuntamente e intervir de maneira adequada já que todos conhecem a problemática. O agente comunitário de saúde é fundamental na comunicação entre a equipe e a família, pois trabalha diretamente com a população acompanhando-a e criando subsídios para obtenção de informações que serão transmitidos à equipe (PEDROSA, 2001).

Tendo em vista a perspectiva interdisciplinar, a equipe da ESF é constituída por um Médico, um Enfermeiro, um a dois Técnicos de Enfermagem, seis a oito Agentes Comunitários de Saúde, um Odontólogo, um técnico de saúde bucal e os Profissionais de Recepção e Serviços Gerais. A criação de um Programa de Saúde da Família (PSF) deve atender sempre a proporção de uma ESF para 3.000 ou no máximo 4.000 habitantes (BELLUSCI, 2009).

De acordo com o autor citado anteriormente (BELLUSCI, 2009, p. 49):

Finalmente, o último participante da ESF: o usuário, antes chamado, paciente, e que agora passa a ser visto como responsável por sua própria integridade e corresponsável pelo processo de cura. Este deve saber como funciona o PSF de seu bairro e participar de Assembleias, de Saúde, para ter sempre nas mãos as ferramentas que a Equipe de Saúde da Família lhe oferece para educar-se e promover sua saúde e de sua família. O cidadão deixa de ser paciente e passa a ser agente, coautor no processo de construção da saúde coletiva.

Para Rosa, et al. (2005) diante de uma nova estruturação dos serviços de saúde, a ESF promove uma relação dos profissionais mais próximos do seu objeto de trabalho, ou seja, mais próximos das pessoas, famílias e comunidades, assumindo compromisso de prestar assistência integral, contínua e resolutiva a toda população, a qual tem seu acesso garantido através de uma equipe multiprofissional que presta assistência de acordo com as reais necessidades dessa população. Portanto, o PSF torna-se estratégia significativa para a mudança do modelo assistencial visando a qualidade de vida da comunidade.

## 2.2 POLÍTICAS PERTINENTES NA ATENÇÃO AO IDOSO

### 2.2.1 Política Nacional do Idoso

A Política Nacional do Idoso foi regulamentada pela Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 – Cap. IV, art. 10, dispondo sobre a atenção direcionada a este grupo populacional e regulamentada pelo decreto nº 1948 de 13 de Julho de 1996. Tendo 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 (SALDANHA, 2004).

Diante do crescente número de idosos no país, a PNI se torna um avanço significativo na questão do envelhecimento, formulando através de leis e ações governamentais, direitos a essa parcela da população, que venha promover um envelhecimento mais digno. Esta política assegura à pessoa idosa condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade promovendo a longevidade com qualidade de vida, e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS, bem como as atribuições e competências das várias áreas e seus respectivos órgãos, assegurando direitos em dimensões sociais, políticas, econômicas e culturais. (BRASIL, 1994).

De acordo com a PNI, Lei nº. 8.842, de 4 de Janeiro de 1994, em seu Art. 4º tem como diretrizes :

- Viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações;
- Participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;
- Priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência;
- Descentralização político-administrativa;
- Capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços;

- Implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo;
- Estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;
- Priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família;
- Apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento.

A PNI visa integrar as áreas de saúde, educação, judiciária, lazer, previdência e trabalho em uma rede nacional que compartilhará informações sobre cada idoso cadastrado, facilitando o acompanhamento deste. Para isso são repartidas as competências dos órgãos e entidades públicas. Dessa forma, o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política (RAMOS, 2005).

### **2.2.2 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**

O Ministério da Saúde por meio da Portaria/ GM nº 399, em 2006 publicou o Pacto pela Saúde, no qual se incluía Pacto pela Vida. Neste documento, a Saúde do Idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de gestão, desencadeando ações de implementação de diretrizes norteadoras para reformulação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso (BRASIL, 2006b).

Entre as prioridades do pacto pela vida e seus objetivos estar o compromisso de agrega a implantação da PNSPI, tendo como principal diretriz uma atenção integral em saúde associada a outras prioridades, como a promoção da saúde, através da elaboração e implantação da PNSPI, dando ênfase a adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da pratica de atividades físicas regulares, alimentação saudável e combate ao tabagismo, bem como, a atenção básica à saúde. Outra prioridade do pacto pela vida é a consolidação e qualificação da ESF como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção a saúde do SUS (SCHNEIDER, 2007).

Em 19 de outubro de 2006, o Ministério da Saúde assinou a portaria nº 2.528 , que aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Esta Política traz um novo paradigma

para a discussão da situação de saúde dos idosos, incluindo a condição funcional ao serem formuladas políticas para promoção de saúde, considerando que existem pessoas idosas independentes e uma parcela da população mais frágil e as ações devem ser pautadas de acordo com estas especificidades. Além disso, faz parte do objetivo dessa política a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável, de acordo com as recomendações da Organização das Nações Unidas. A Coordenação da PNSPI, recentemente em 2009, por meio do Decreto nº 6.800, passou a ser de responsabilidade da Secretaria Especial dos Direitos Humanos (BRASIL, 2006b).

Segundo a portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, à PNSPI tem como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade.

A perda da capacidade funcional dos idosos, debilitando suas habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária, torna-se a principal consequência de suas enfermidades e de seu estilo de vida. Tendo isso em vista, a PNSPI define que o cuidado do idoso deve basear-se, fundamentalmente, na família e no apoio da Estratégia de Saúde da Família, as quais devem representar para o idoso a porta de entrada a Atenção Básica, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade. Todas as ações em saúde do idoso, como o previsto na referida Política, devem objetivar ao máximo manter o idoso na comunidade, junto de sua família, da forma mais digna e confortável possível (OLIVEIRA, 2010).

Dentro de tais pressupostos, a promoção à saúde do idoso segundo Ministério da Saúde (2010) através da PNSPI inclui as seguintes diretrizes:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações Inter setoriais, visando à integralidade da atenção;
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde;
- Divulgação e informação para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;

- Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Diante das inovações na percepção quanto à saúde do idoso, Saldanhas (2004, p.45) afirma que:

Ao estabelecer como marco a promoção da saúde e a manutenção e a melhoria da capacidade funcional dos idosos, a Política Nacional de Saúde rompe com o paradigma ainda hegemônico de considerar saúde como ausência de doença, privilegiando a abordagem médica em detrimento de uma abordagem ampla da questão saúde como uma resultante de múltiplos fatores. Esta política destaca a importância da visão interdisciplinar e das dimensões sociais, políticas, econômicas e culturais. Além disso, considera a velhice inserida no ciclo vital e não como uma fase estanque do desenvolvimento.

### 2.3 ACOLHIMENTO: UMA FERRAMENTA NA HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO.

A humanização vem surgindo como um novo modelo assistencial das estratégias de atenção e gestão no SUS e de formação dos profissionais de saúde. Assim, muito se tem discutido a respeito da humanização na assistência à saúde, devido à sua fundamental relevância, uma vez que é baseada em princípios como a equidade, integralidade da assistência, dentre outros, resgatando a valorização da dignidade do usuário e também do trabalhador. Assim, sugere-se que, sob a influência do movimento de humanização, a integralidade assistencial possa ser desenvolvida, não apenas como superação de dicotomias técnicas entre preventivo e curativo, entre ações individuais e coletivas, mas como valorização e priorização da responsabilidade pela pessoa, do zelo e da dedicação profissional por alguém, como outra forma de superar os lados dessas dicotomias. (PUCCINI, 2004)

O ano de 2003 é considerado um marco na história da humanização, quando é lançada a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS (PNH/HumanizaSUS), durante o XX Seminário Nacional dos Secretários Municipais de Saúde e Iº Congresso Brasileiro de Saúde e Cultura de Paz e Não Violência, realizado em Natal/RN, no período de 17 a 20 de março de 2003. Nesse mesmo ano a PNH é divulgada para o SUS, na 12ª Conferência Nacional de Saúde “Sérgio Arouca”, realizada em Brasília/DF, no período de 07 a 11 de novembro de 2003. Tendo como finalidade de qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. Uma tarefa desafiadora, uma vez que na perspectiva da humanização, isso



corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários (BRASIL, 2010c).

Diante dessas transformações, que passa a ver a humanização não só como programa, mas como política pública que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, a PNH passa a traduzir princípios e modos de operar nas relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. De modo que, os processos de planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde (BRASIL, 2004).

Ainda de acordo com o autor citado anteriormente, a PNH Valoriza a dimensão subjetiva e coletiva em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos de cidadania, destacando-se as necessidades específicas de gênero, racial, orientação sexual e de segmentos específicos como: população negra, do campo, extrativista, povos indígenas, quilombolas, ciganos, ribeirinhos, assentados, população em situação de rua, etc. Sendo assim, tem como princípios norteadores: a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo e estimulando processos integradores e promotores de compromissos e responsabilização; o estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; o fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade; a atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS; e a Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos. Dessa forma, a PNH trabalha para consolidar, prioritariamente, marcas específicas como: o atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco; garantia de informações ao usuário do SUS, garantia de gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores, defesa dos Direitos do Usuário e Construção da memória do SUS que dá certo.

Segundo Oliveira et al (2006), humanizar a assistência em saúde implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais da saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo que pense e promova as ações, as campanhas, os programas e as políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade.

Já para Campos (2000) a humanização depende de mudanças das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de transformar o trabalho em processo

criativo e prazeroso. Essa reforma da atenção no sentido de facilitar a construção de vínculos entre equipes e usuários é um poderoso instrumento para mudança. Na realidade, estimular os profissionais a considerar que lidam com outras pessoas durante todo o tempo, e que estas pessoas, como eles próprios, têm interesses e desejos é um caminho para se construir um novo modo de convivência.

Perante a finalidade da Atenção Básica e os princípios do SUS, justifica-se a reflexão sobre a humanização na assistência à saúde, considerando a valorização dos diferentes sujeitos implicada nesse processo. Também se torna necessário repensar as políticas e práticas de assistência ao idoso para que o cuidado dessa especial e crescente fatia da população seja realizado de forma humanizada, visto ser este um paciente especial que requer um cuidado diferenciado. Sendo esta parte da problemática em discussão no presente trabalho.

Para que seja operacionalizado a PNH o Ministério da Saúde, através de cartilhas e cadernos, disponibiliza dispositivos tecnológicos, ferramentas e modos de operar, tornando o processo de humanização sistemático. Dentre esses dispositivos, destaca-se o Acolhimento, que tem a característica de um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a dar atenção a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo suas necessidades e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas junto aos usuários. A PNH propõe que o Acolhimento esteja presente em todos os momentos do processo de atenção e de gestão e que atinja todos aqueles que participam na produção da saúde, voltando seu olhar atencioso para os usuários e para os trabalhadores da saúde (BRASIL, 2007).

Sendo assim, o acolhimento torna-se uma ação técnico-assistencial que pressupõe a mudança da relação entre profissional e usuário através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade. Constituído de práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída na Atenção Básica. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantindo atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento (articulação) das redes internas dos serviços e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2008).

De acordo com Paidéia (2002), acolhimento é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la, e solidariza-se a ela. Deve ser realizada por toda a equipe da saúde, desde o vigilante da unidade até os profissionais enfermeiros, médicos odontólogos, entre outros. Nesse âmbito, a estratégia do acolhimento é uma ação implantada, visando o alcance

do objetivo de oferecer serviços de saúde a partir de um estreitamento no relacionamento entre profissionais e a comunidade através de critérios técnicos, éticos e humanísticos.

Tradicionalmente, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada ora como uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável, ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados. Ambas as noções têm sua importância. Entretanto, quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, se restringem a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo. Nessa definição restrita de acolhimento, muitos serviços de saúde convivem com filas reproduzindo formas de lidar com o trabalho que privilegia o aspecto da produção de procedimentos e atividades em detrimento dos resultados. Tais funcionamentos demonstram uma lógica produtora de mais adoecimento, tendo como objetivo principal o repasse do problema, tendo como foco a doença e não o sujeito e suas necessidades (LEITE et al, 1999).

Sendo assim, diante do preconizado pela PNH, colocar em ação o acolhimento, como diretriz operacional requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde que implica em ações como: protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde; a valorização e a abertura para o encontro entre o profissional de saúde, o usuário e sua rede social, como liga fundamental no processo de produção de saúde; uma reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e da resolução do problema do usuário; elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos com equipes de referência em atenção diária que sejam responsáveis e gestoras desses projetos; mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão e decisão, de maneira que inclua sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos, tendo uma construção coletiva de propostas com a equipe (BRASIL, 2006c).

Para atenção a população idosa, os profissionais de saúde devem compreender as especificidades dessa população e a própria legislação brasileira vigente. Para isso, devem estar preparados para lidar com as questões do processo de envelhecimento, particularmente no que concerne à dimensão subjetiva da pessoa idosa. Sendo assim, deve romper com a fragmentação do processo de trabalho e interação precária nas equipes multiprofissionais, pois, é preciso reconhecer que a complementaridade interdisciplinar e a integração entre a rede básica e o sistema de referências se tornam ferramentas importantes na promoção de saúde, facilitando o acesso dos idosos aos diversos níveis de complexidade da atenção. Dessa

forma, ressalva a importância de investir na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2007).

Ainda de acordo com o autor citado anteriormente, no Acolhimento à pessoa idosa os profissionais de saúde devem estar atentos, entre outros aspectos, para o estabelecimento de uma relação respeitosa, desenvolvendo maior senso de dignidade e prudência, nunca se dirigindo primeiramente a seu acompanhante, supondo sempre que ele seja capaz de compreendê-lo, chamar a pessoa idosa por seu nome e manter contato visual, preferencialmente, de frente e em local iluminado, considerando um possível declínio visual ou auditivo, utilizar uma linguagem clara, evitando-se a adoção de termos técnicos que podem não ser compreendidos. Dessa forma, todo o trabalho da equipe da ESF deve buscar sempre o máximo da autonomia dos usuários frente as suas necessidades, propiciando condições para melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo tem como proposta metodológica uma pesquisa de campo descritiva com abordagem qualitativa.

O estudo de campo é uma pesquisa empírica realizada no lugar onde ocorre um fenômeno e dispõe-se de elementos para explicá-lo. É orientada para recopilação de dados sobre problemas pontuais. São pesquisas de campos todas aquelas centradas em entrevistas, pesquisas ou observação direta. Um exemplo é um estudo sobre a satisfação dos usuários de um determinado estabelecimento. (TOBAR, 2001)

A pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou então o estabelecimento de relações entre variáveis. Nesse sentido, são considerados como objeto de estudo uma situação específica, um grupo ou um indivíduo (FIGUEIREDO, 2008)

Segundo Goldim (1993, p. 107 - 108) a abordagem qualitativa “tem por objetivo traduzir e expressar o sentimento dos fenômenos do mundo social, trata-se de reduzir a distância entre indicador e indicado, e até teoria e dados, entre contexto e ação.”

Já Rodrigues (2006) acredita ser a pesquisa qualitativa “utilizada para investigar problemas que os procedimentos estatísticos não podem alcançar ou representar, em virtude de sua complexidade. Entre esses problemas, podemos destacar aspectos psicológicos, opiniões, comportamentos, atitudes de indivíduos ou de grupos.”

#### 3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Unidade de Saúde da Família (USF) José Leite Rolim, localizada na cidade de Cajazeiras - PB, encontrando-se a 475 Km da capital João Pessoa, possuindo 58.437 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). A USF foi escolhida em virtude do número considerável de idosos cadastrados, quatrocentos e nove (409).

### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população representa o conjunto de todos os elementos sobre os quais queremos obter informações. Amostra seria um subconjunto de elementos retirados da população para obter a informação desejada. (VIEIRA, 2001)

Neste sentido, a população deste estudo foi composta por idosos que foram cadastrados no programa Hiperdia no mês de setembro de 2011, devido esse usuários terem maior frequência mensal de idas a USF, sendo a amostra composta por 20 idosos em um universo de 50 cadastrados.

### 3.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram utilizados como critérios de inclusão ter idade igual ou maior que 60 anos, ter sido cadastrado no programa Hiperdia no mês de Setembro de 2011, ser lúcido e capaz de compreender o conteúdo da pesquisa, uma vez que o instrumento de coleta de dados exige essas capacidades.

Como critérios de exclusão estão os idosos que se encontram cadastrados na unidade, mas não fazem parte do Hiperdia no mês de Setembro de 2011.

### 3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado foi a técnica da entrevista semiestruturada (Apêndice D), a qual se trata de uma conversação que oferece ao pesquisador os dados e informações necessárias para melhor esclarecimento do estudo. O pesquisador visa compreender o que os sujeitos pensam, sabem, representam, fazem e argumentam (MINAYO, 1999).

Para maior êxito da entrevista, devem-se seguir etapas como o contato inicial com o entrevistado e estabelecer uma conversação amistosa, assegurando o caráter confidencial de suas informações; explicar a finalidade da pesquisa, seus objetivos, a relevância e a necessidade de sua participação; descobrir um ambiente tranquilo e sereno para que o entrevistado se sinta a vontade e marcar a data e horário da entrevista. Após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), mencionar o início da gravação e começar as perguntas e respostas. Ao final, agradecer a participação do entrevistado e informar que, se necessário, irá retornar para obter novos dados ou esclarecer alguma dúvida

(MARCONI; LAKATOS, 2009).

O roteiro de entrevista que foi utilizado está dividido em duas partes: os dados sócios econômico dos participantes, através de dados como idade, gênero, escolaridade, estado civil, renda familiar e religião. E as questões norteadoras da pesquisa que são: quantas vezes no mês vai a USF? Como você é recebido ao chegar à USF? Como você é atendido pelos profissionais da saúde da USF (fale das etapas do atendimento)? O que você acha do acolhimento dos profissionais de saúde da USF?

A entrevista foi escolhida como técnica por ser utilizada com facilidade em todas as classes sociais, independente da população ser alfabetizada ou não. Além de facilitar a obtenção de informações que de outra maneira talvez não fosse possíveis, isso, caso o entrevistador estabeleça um sentimento de confiança com o entrevistado (RODRIGUES, 2006).

Como instrumento de pesquisa a entrevista semiestruturada possibilita ao pesquisador encontrar e seguir novas pistas que surgem no curso da entrevista, dando um melhor entendimento ao tema pesquisado (FIGUEIREDO, 2008).

### 3.6 PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS

Inicialmente o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC). A coleta de dados foi iniciada logo após o parecer de aceite.

A coleta de dados foi realizada primeiramente através da busca dos endereços dos idosos acompanhados pela USF escolhida. As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos participantes ou na USF. Inicialmente ocorreu a apresentação do pesquisador e da pesquisa, com o intuito de aceitação ou não por parte do idoso. Após aceitação, o colaborador decidiu o dia, a hora e o local da entrevista, para que no dia especificado, após a assinatura do TCLE, se dê início à coleta dos dados, que ocorreu com utilização de um gravador, se o entrevistado permitisse, e um diário de campo, onde constaram das impressões e observações feitas pelo pesquisador no momento da aplicação da entrevista.

### 3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A entrevista foi gravada e posteriormente transcrita na íntegra para análise dos dados, seguindo os critérios estabelecidos no Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Segundo Lefèvre e Lefèvre (2005) o DSC consiste em conjunto de falas individuais onde são retiradas as ideias centrais para a construção de um discurso-síntese que representa o pensamento coletivo. As etapas desta técnica são as seguintes: seleção das expressões-chaves: estas expressões são retiradas de cada discurso particular, copiando integralmente as respostas referentes à cada questão, sendo estas a representação do conteúdo discursivo; destaque das ideias centrais: estas ideias são destacadas na expressões-chaves e representam a síntese dessas expressões; identificação das ideias centrais: as ideias centrais e complementares destacadas de cada discurso serão separadas e colocadas nas caselas correspondentes; reunião das ideias centrais e semelhantes com mesmo sentido em grupos identificados por letras ou outro código; denominação de cada grupo de expresse da melhor maneira possível as ideias centrais e semelhantes; construção de um discurso síntese que corresponde à construção do discurso do sujeito coletivo.

### 3.8 ASPECTOS ÉTICOS

O pesquisador seguiu fielmente as observâncias éticas da Resolução 196/96 que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos, comprometendo-se em manter em sigilo as informações obtidas e utilizá-las para quaisquer fins que não seja o da pesquisa.

Os participantes receberam esclarecimentos sobre os procedimentos e métodos da pesquisa, a partir de então, assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) a eles apresentado. Neste instrumento estarão assegurados os seguintes princípios éticos de pesquisas com seres humanos: sigilo e respeito das informações coletadas; conhecimento dos resultados; possibilidade em abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos ao participante.



## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esse capítulo se destina a descrição dos resultados e discursões relativa à temática proposto pela pesquisa. Onde os resultados foram divididos em dois subtópicos, o primeiro a caracterização dos participantes e o segundo a análise qualitativa do discurso do sujeito coletivo.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Neste subtópico são apresentados os dados sócios demográficos dispostos nas seguintes variáveis: faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade e renda familiar.

**Tabela 1:** Distribuição dos dados Sócios demográficos dos Participantes, segundo as variáveis do estudo.

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
<b>Faixa etária</b>		
60 – 69	11	55%
70 – 79	6	30%
80 – 89	3	15%
<b>Sexo</b>		
Masculino	6	30%
Feminino	14	70%
<b>Estado civil</b>		
Solteiro(a)	2	10%
Casado(a)	12	60%
Viúvo(a)	6	30%
<b>Escolaridade</b>		
Não alfabetizado	14	70%
1º grau incompleto	6	30%
<b>Renda familiar</b>		
Até um salário mínimo	11	55%
Até dois salários mínimos	8	40%
Até três salários mínimos	1	5%

Fonte: Própria pesquisa/2011.

Os dados da pesquisa, expressos na tabela acima, demonstram que de acordo com a faixa etária 11 (55%) dos participantes que constituem a amostra estão com idades entre 60 e 69 anos, 6 (30%) possuem idades entre 70 e 79 anos, 3 (15%) com idade 80 a 89 anos, sendo assim pode se inferir que a maioria dos participantes estão enquadrados em uma faixa etária considerada adequada para buscarem os serviços de saúde, pois estão no início do envelhecimento e poderão ainda não estar tão comprometidas ou com déficits expressivos, podendo ser identificadas alterações que poderão ser melhor controladas.

O aumento da população idosa tem sido marcante nos últimos anos. No Brasil a faixa etária de 60 anos ou mais é a que mais cresce e a estimativa para 2020 indica que a população idosa poderá exceder 30 milhões de pessoas. No ano de 2050 as pessoas idosas representarão um quinto da população mundial (PAPALÉO NETTO, 2002; BRASIL, 2002; BRASIL, 2000).

Com relação ao sexo 14 (70%) são do sexo feminino e apenas 6 (30%) são do sexo masculino. O resultado está de acordo com Davim et al (2004) quando diz que o sexo feminino se encontra mais presente em pesquisas com idosos, ressalta, ainda, que no Brasil, o número absoluto de mulheres idosas tem sido superior quando comparados ao número de homens de 65 anos ou mais, podendo ser decorrente da mortalidade diferencial de sexo, que prevalece, na população brasileira.

Em seguida os idosos foram questionados quanto ao estado civil, observa-se que 12 (60%) são casados, 6 (30%) são viúvos e apenas 2 (10%) são solteiros. Com base nos dados obtidos podemos considerar um resultado positivo, pois a maioria dos participantes estão incluídos em um ambiente familiar, podendo contar com a ajuda do companheiro, já que o envelhecimento é um momento que poderá trazer angústias e incertezas.

Os dados referentes a escolaridade demonstram que 14 (70%) são analfabetos e apenas 6 (30%) possuem o 1º grau incompleto. Segundo Davim et al (2004) esses percentuais apontam o grande número de pessoas com pouco ou nenhum grau de escolaridade. O analfabetismo em idosos representa uma realidade nos países em desenvolvimento como o Brasil, principalmente de idosos que viveram sua infância em época em que o ensino não era prioridade, principalmente com relação à mulher que tinha como obrigação cuidar do lar.

A tabela acima mostra ainda 11 (55%) ganham até um salário mínimo, 8 (40%) até dois salários mínimos e apenas 1 (5%) até três salários mínimos, concluímos então que os participantes não possuem um bom nível salarial, o que dificulta o acesso a uma

assistência de saúde , buscando assim o serviço público SUS , que deveria oferecer uma assistência de qualidade .

A tabela 2 foi construída a partir de uma das questões contida no instrumento de coleta, no intuito de identificar a frequência com que os participantes iam à unidade.

**Tabela 2:** Frequência de idas à UBS no mês.

VARIÁVEL	<i>f</i>	%
<b>Idas a UBS no mês</b>		
1	12	60%
1 – 2	6	30%
2 – 3	2	10%

**Fonte:** Própria pesquisa/2011

Nesse sentido, é visto nos dados da tabela 2 que 60% dos entrevistados comparecem 1 vez por mês, 30% comparecem 1 a 2 vezes e 10% comparecem 2 a 3 vezes. Sendo assim, por comparecerem no mínimo uma vez no mês na unidade, os participantes estão aptos a responder questões referentes ao atendimento oferecido na UBS pesquisada, devido fazerem conhecedor do mesmo.

#### 4.2 ANÁLISE QUALITATIVA DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO.

Neste subtópico são apresentados a análise crítica dos dados referentes ao discurso de 20 idosos concernente ao tema do presente estudo. Foram criadas 8 (oito) Ideias Centrais (IC), bem como a formação do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que as caracterizam, e organizados em formas de quadros.

#### QUADRO 1

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<b>ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO IDOSO</b>	Atende o que eu peço pra fazer. O enfermeiro nunca falhou, é alegre, satisfeito, um ótimo menino, bom de mais, ela diz o que é que tá faltando, quer que tu precisa, [...]. Eles dão assistência para resolver os problemas de saúde, por que se não tiver ao alcance deles já faz um encaminhamento para outro setor mais competente, para outro doutor, eles se preocupa comigo, [...]. Diz logo se for pra

	<p>fazer exame, se já tiver solicitação já marca [...]. Se for possível ele vem até na minha casa, como já veio já, eu doente sem poder andar, ele veio bater aqui, conversou comigo, saber como eu estava o que eu estava precisando, mim indicou para ir ao hospital, se precisasse até ele vinha para fazer o encaminhamento. um atendimento muito bem, prestam atenção a mim, elas ficam perguntando se eu preciso de alguma coisa, às vezes se eu passar muito tempo sem ir ele reclama, faz tudo direitinho, ele da explicação.</p>
--	---

**Fonte:** Própria pesquisa/2011

Em relação com a primeira IC, o DSC do quadro 1 indica que parte dos idosos participantes da pesquisa relataram ter acesso as redes de serviços especializados através de encaminhamentos para setores mais competentes, revelando uma assistência continuada. De acordo com PNSPI (BRASIL, 2006), a atenção integrada à saúde da pessoa idosa deve estabelecer fluxos bidirecionais, aumentando e facilitando o acesso a todos os níveis de atenção provido de condições essenciais, infraestrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica. Tornando assim, a integralidade da atenção ao idoso a principal diretriz dessa política.

Para Franco (2004) a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, onde a assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vínculo com o usuário, onde a equipe se responsabiliza pelo seu cuidado.

No discurso acima, ficou evidente a atenção e a preocupação com o estado de saúde e necessidades dos idosos, por parte do enfermeiro, demonstrando um atendimento integral com responsabilidade e compromisso com o usuário, baseado em atitudes humanistas. Para a PNSPI (BRASIL, 2006), a atenção ao idoso deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário. Sendo assim, no decorrer das entrevistas foi percebido que o enfermeiro se tornou o profissional mais enfatizado, entre os entrevistados, como provedor da atenção integral.

Nessa perspectiva, sugere-se que, sob a influência do movimento de humanização proposto pela PNH, a integralidade assistencial possa ser desenvolvida, não apenas como superação de dicotomias técnicas entre preventivo e curativo, entre ações individuais e coletivas, mas como valorização e priorização da responsabilidade pela pessoa, do zelo e da dedicação profissional por alguém, como outra forma de superar os lados dessas dicotomias. (PUCCINI, 2004)

Corroborando com os resultados da pesquisa, Santana (2004), afirma que a enfermagem tem uma grande responsabilidade na promoção da saúde do idoso. Por que suas ações e formas de promover o cuidado ajudam a manter a independência e desenvolver um envelhecimento saudável, melhorando assim a qualidade de vida. Dessa forma, a enfermagem passa a ser parte essencial em um PSF, devendo conhecer as particularidades da pessoa idosa para prestar uma assistência integral.

**QUADRO 2**

<b>IDEIA CENTRAL</b>	<b>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO</b>
<b>CRIAÇÃO DE VÍNCULO COM O USUÁRIO</b>	As enfermeiras são boas não tem o que dizer delas, logo agente somos muito conhecido aqui, é uma tranquilidade às vezes quando eu chego em casa a mulher diz a menina ligou disse que fosse busca o remédio, bom de mais [...]. Se for possível ele vem até na minha casa, como já veio já, são gentil, eles tem respeito que agente é conhecido, são uns amores, ele é uma pessoa maravilhosa, eu confio, tudo é conhecido lá.

**Fonte:** Própria pesquisa/2011

O discurso do sujeito coletivo 2 enfatiza a existência de vínculo criado entre os usuários e a unidade básica de saúde, onde os participantes relataram ser conhecidos do enfermeiro. Sendo assim, foi possível identificar que tal vínculo se torna contribuinte para a facilitação no acesso ao atendimento, pois segundo Campos (2000) o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja.

De acordo com o estudo realizado por Conrado (2008), contatou-se que o vínculo entre profissional de saúde e usuário deve ser priorizado para que haja um atendimento no PSF de maneira co-responsabilizada, constituindo-se uma boa qualidade de vida tanto para os profissionais como para os usuários, construindo uma família com saúde, ou seja, feliz.

Apoiando o autor acima citado, Franco et al. (1999) afirmam que a responsabilização clínica e sanitária e a ação resolutiva, com o objetivo de defender a vida das pessoas, só são possíveis quando se acolhe e vincula. O vínculo deve ser extensivo a toda a equipe de saúde,

pois somente dessa maneira é possível atender de fato as demandas e necessidades reais dos sujeitos. Nessa perspectiva Campos (2003) reforça a ideia de que o acolhimento, como prática inovadora, potencializa a formação de vínculos entre usuários e trabalhadores de saúde, visando um atendimento mais humanizado.

Ainda nesse sentido, o discurso coletivo permite verificar a importância da criação de confiança entre usuário e profissional, onde o acolhimento e o vínculo se torna determinante para que se estabeleça essa confiança.

Em seu discurso Ferreira (2007) afirma que, a confiança e o vínculo são condições para que haja a abertura do usuário com os membros da equipe de PSF, contribuindo para o conhecimento de suas necessidades por parte dos profissionais, pressupondo honestidade, sinceridade nas atitudes e no diálogo, compartilhada pelo usuário e o profissional.

**QUADRO 3**

<b>IDEIA CENTRAL 1</b>	<b>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 1</b>
<b>EXISTÊNCIA DO ACOLHIMENTO A PESSOA IDOSA</b>	<p>Eu acho o acolhimento bom, acho excelente, os funcionários são bons, é uma tranquilidade, mim recebe bem têm respeito com as pessoas idosas, é gentil, por essa parte eu sou bem acolhida. O enfermeiro escuta agente, nunca falhou, é alegre satisfeito, é ótimo, pense num doce de pessoa, têm paciência, com certeza se preocupa pela minha idade, trata bem, explica as coisas direitinho. O doutor é ótimo, escuta têm paciência, pergunta como tá, mim sinto acolhido lá. Eles da assistência pra resolver os problemas. Lá tem as cadeirinhas para gente sentar se não tiver nenhuma vaga ela pede para ceder. A conversa é bem agradável, nunca recebi um abuso, não tem aborrecimento, não tem cara feia se eu passar muito tempo sem ir ele reclama [...]. Virgem Maria quando eu chego lá só faltam mim botar no céu, eles acolhi bem os idosos [...]. Aqui não espero em fila não, não tem discriminação com ninguém, lá tem prioridade, me manda sentar, descansar, às vezes quando eu saio de lá saio até dano risada [...]. Prestam atenção a mim, elas ficam perguntando se eu preciso de alguma coisa, é bom conversa com eles tem paciência, logo você sabe velho não escutar direito, ai só com paciência. Ate agora meus problemas estão resolvendo.</p>
<b>IDEIA CENTRAL 2</b>	<b>DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO 2</b>
<b>FALTA DE ACOLHIMENTO A PESSOA IDOSA</b>	<p>Sou mais ou menos respeitada, tem que enfrentar fila, acho que têm que ter o direito, ter prioridade de passar na frente de quem é mais jovem, como idosa agente já é mais cansado temos nossas</p>

limitações, não tenho preferência. A consulta é rápida, eu acho que era pra escutar mais agente, era um atendimento melhor se escutasse. Nem tudo nem tudo eles escutam, estavam passando um remédio pra mim sem falar o quê era [...]. Da parte da mulher que faz a ficha não existe acolhimento, o idoso não tem vez lá, ela trata agente mal quando agente vai se consultar, é meio chata, ela é ruim, ela deveria ter mais respeito, mas vem com ignorância [...]. Sinto bem acolhido não ninguém tem coragem de dizer sente, se tivesse respeito pelos idosos não precisava ficar em pé no balcão aguardando. Cheguei ai pra fazer a ficha a atende falou aqui né lugar de doente não, a pessoa já tá nervosa doente ai fica mais [...]. Se preocupa não, passei uns cinco meses com um papel na mão para fazer um exame, e nunca fui atendida. Lá não tem nada a dar a ninguém, esse postinho tá muito atrasado [...]. Os velhos eram pra ser atendido melhor. Eles não ligam para os problemas de saúde, eles não tem paciência de escutar, não têm atenção com as pessoas idosas, era para chegar pergunta e ai como tá, fica trocando uma ideia [...]. Atenção assim especial não tem não, por que tem canto né que reuni os idosos, faz atividades pra num fica parado, aqui tem isso não, seria importante.

**Fonte:** Própria pesquisa/20

No quadro 3 foi apresenta duas ideia centrais com seus respectivos discursos coletivos, onde o DSC 1 caracteriza a existência do acolhimento ao idoso e o DSC 2 caracteriza a falta deste acolhimento na unidade básica de saúde (UBS) pesquisada. Procedeu-se dessa forma por não haver unanimidade entre os entrevistados quanto aos questionamentos da pesquisa, sendo assim, foi realizado a junção das duas ideias centrais em um único quadro (QUADRO 2) no intuito de analisar tanto os pontos positivos quanto os negativos em relação ao acolhimento ao idoso.

Diante dessa proposta, o DSC 1 enfoca ações técnicas-assistenciais que pressupõe uma relação entre profissional e usuário dentro de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, destacado no seguinte trecho: “os funcionários são bons, é uma tranquilidade, mim recebe bem têm respeita com as pessoas idosas, é gentil [...] escuta agente, nunca falhou é alegre satisfeito, é ótimo, pense num doce de pessoa, têm paciência”. Essa forma com que profissional e usuário se relacionam, permite uma melhor aproximação e compreensão da vida do usuário, contribuindo para o encurtamento entre o idoso e a UBS e para o desenvolvimento da atenção prestada. Nesse sentido, a PNH (BRASIL, 2004) afirma que a mudança de relação entre profissional e usuário articula a criação de vínculo e responsabilização do trabalhador pelo cliente, colaborando para produção e promoção de saúde.

De acordo com Paidéia (2002), receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la, e solidariza-se a ela, são ações implantadas na estratégia do acolhimento

proposta pela PNH, que visa o alcance do objetivo de oferecer serviços de saúde a partir de um estreitamento no relacionamento entre profissionais e a comunidade.

Em especial na atenção a saúde do idoso, Oliveira destaca que a ESF constitui-se um espaço privilegiado para atenção integral, pois sua proximidade com a comunidade e a atenção domiciliar possibilita atuar de forma contextualizada na realidade vivenciada pelo idoso no seio familiar, fazendo-se conhecedor de suas necessidades.

Frente às diretrizes apontadas na PNSPI, a ESF continua sendo o espaço estratégico para o desenvolvimento das ações de saúde voltadas para os idosos.

Contrapondo-se a IC 1, percebe-se que o DSC 2 apresenta um discurso desfavorável a mudança de comportamento na relação profissional e usuário preconizada pela PNH, evidenciado no trecho seguinte: “Sou mais ou menos respeitada, eles não ligam para os problemas de saúde, eles não têm paciência de escutar, não têm atenção com as pessoas idosas”. Esse tipo de atitudes e ações distancia o usuário da UBS, contribuindo de forma negativa no processo de promoção da saúde, tendo em vista que a cobertura da área se encontrará reduzida, devido o desconhecimento da realidade vivenciada pelo cliente.

Dentro do DSC 1 fica evidente uma assistência específica para pessoa idosa, relatado no trecho: “com certeza se preocupa pela minha idade, trata bem, explica as coisas direitinho”. Essa atenção diferenciada é de grande valia na promoção da saúde, levando-se em conta à perda da capacidade funcional que o envelhecimento carrega, debilitando as habilidades físicas e mentais necessárias para vida diária da pessoa idosa.

Dessa forma, prestando atenção e se preocupando com as limitações e necessidades da pessoa idosa, o profissional está convergindo com uma das finalidades da PNSPI (BRASIL, 2006), que prioriza recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para que o cuidado dessa especial e crescente fatia da população seja realizado de forma humanizada, visto ser este um paciente especial que requer um cuidado diferenciado, indo de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Para Rodrigues (2007), na área da saúde, a enfermagem tem contribuído na abordagem do cuidado em aspectos do processo de envelhecimento, dando ênfase a capacidade funcional e fragilidades desse processo. Sendo assim, desempenha papel determinante na execução e cumprimento das leis direcionadas aos idosos, promovendo a inclusão social indiscriminada e respeitando suas capacidades e limitações.

Porém, dentro da vivência do autor durante a pesquisa ficou perceptível a concentração de atividades que retrata o modelo médico – centrado, reproduzem certa forma



de lidar com o trabalho que privilegia o aspecto da produção de procedimentos e atividades em detrimento dos resultados e efeitos para os sujeitos. Muitas vezes, oferecem serviços totalmente incongruentes com a demanda tendo como objeto de trabalho esta ou aquela doença ou procedimento, atribuindo menor importância à existência dos sujeitos em sua complexidade e sofrimento.

Essa forma de atenção não está comum acordo com a PNSPS (BRASIL, 2006), pois para esta política a prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido.

Corroborando com a pesquisa, Santos et al (2007), afirma que devemos permitir reflexões no processo de trabalho, buscando a superação da prática sob a lógica curativista, centrada na queixa e no saber médico, o que não tem gerado resolubilidade no serviço, ao contrário, tem gerado insatisfações que permeiam tanto os usuários como os trabalhadores de saúde.

Acreditamos que o PSF possibilita prestar atenção integral às necessidades de saúde dos idosos, mas é necessário que, a equipe de profissionais de saúde apresente resolutividade ao atender os problemas de saúde desta população, como proposto pela política do acolhimento. Nessa perspectiva, os DSC 1 e 2 trazem discursos que demonstram resolutividade da atenção, “eles da assistência pra resolver os problemas [...] Até agora meus problemas estão resolvendo”, e discursos que relatam a falta de continuidade no atendimento, “passei uns cinco meses com um papel na mão para fazer um exame, e nunca fui atendida [...] eles não ligam para os problemas de saúde”, respectivamente. Dessa forma, foram identificados fatores que demonstram resolutividade do atendimento, por parte dos entrevistados, e fatores que evidenciam a insatisfação com o atendimento decorrente da não continuidade do processo, pela outra parte dos participantes.

Observando esses dois discursos que se opõem, nos leva a pressupor uma desigualdade de atendimento, que de forma direta fere uns dos principais princípios do SUS, a equidade, também pactuada na PNSPI.

Acolher com resolutividade as pessoas que procuram uma unidade de saúde pressupõe que todas que procuram a unidade, por demanda espontânea, deverão ser acolhidas por profissional da equipe técnica. O profissional deve escutar a queixa, identificar riscos e vulnerabilidade e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema. Neste funcionamento

o acolhimento deixa de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se estende em inúmeras ações (SILVEIRA, 2004).

Durante a pesquisa foi possível perceber a falta de compreensão, por parte dos participantes, em relação ao verdadeiro significado da palavra acolhimento definido pela PNH, e esclarecido na revisão de literatura, e a desinformação quanto às políticas que resguarda os direitos do idoso. Este fato pode ser reflexo do baixo grau de escolaridade encontrado na pesquisa, onde 70% da amostra encontram-se não alfabetizados e apenas 30% com 1º grau incompleto (TABELA 1).

Dessa forma, grande parte dos participantes relacionarão o acolhimento com a forma que eram recebidos no PSF. De fato a recepção do idoso ao chegar à UBS faz parte da política de acolhimento. Entretanto, de acordo com a PNH e os diversos estudos que enfatizam o tema, a estratégia do acolhimento não para por ai, e sim busca algo mais amplo, que realmente interfira na promoção do envelhecimento ativo e de uma melhor qualidade de vida.

A divergência de opiniões, em relação ao acolhimento recebido na unidade, encontrados nos DSC do quadro 4, pode ser consequência da falta de atividades grupais observado no seguinte trecho: “Atenção assim especial não tem não, por que tem canto né que reuni os idosos, faz atividades pra num fica parado, aqui tem isso não, seria importante”. A formação de grupos contribui para a disseminação de informações, criação de vínculo e conhecimento da realidade vivenciada pelo o idoso no seio familiar, tornando o usuário mais próximo da ESF e o profissional conhecedor das suas necessidades.

Fortalecendo a ideia anterior Monteiro (2000), realça a atenção realizada em grupos enfatizando que essas atividades facilita o exercício da autodeterminação e da independência, pois o grupo pode funcionar como rede de apoio que mobiliza as pessoas na busca de autonomia e sentido para a vida, na autoestima e, até mesmo, na melhora do senso de humor, aspectos essenciais no envelhecimento ativo.

#### QUADRO 4

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<b>FALTA DE ESCUTA NO ATENDIMENTO</b>	Eles não tem paciência de escutar , é aquela consulta rápida, eu acho que era pra escutar mais agente, era um atendimento melhor se escutasse mais, pergunta e ai como tá, ficar trocando uma ideia, mas não faz. Nem tudo nem tudo escuta, que tem doutor olha pro seu olho assim a é verme tem outro que vichi é coração, pronto já

	vai embora. Agora estavam passando um remédio pra mim sem falar o quê que era. Se escutasse era melhor.
--	---

**Fonte:** Própria pesquisa/2011

No DSC do quadro 4 nota-se, de acordo com as falas transcritas, que os participantes relatam a falta de escuta, destacando sua importância no atendimento. Essa postura estar contrapondo-se ao determinado na PNH (BRASIL, 2004), onde ressalva que o profissional deve ter uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, de maneira que inclua sua cultura, seus saberes e suas capacidades.

Diante da necessidade de comunicação entre usuário e profissional, visando um atendimento acolhedor, Oliveira et al (2008) destaca que a comunicação deve ser trabalhada entre todos os atores envolvidos nas práticas de saúde, de forma franca e objetiva, visando a criação de vínculo por meio de uma escuta empática, tendo como objeto final um atendimento resolutivo para o usuário.

Dessa forma, dar oportunidade para que o usuário se expresse faz com que o mesmo sinta-se mais importante no processo, não sendo apenas mero ouvinte de informações referentes a ele próprio. Nesse sentido pode-se notar a insatisfação dos participantes quanto à falta de escuta e de informação no trecho seguinte: “tem doutor olha pro seu olho assim a é verme tem outro que vichi é coração, pronto já vai embora. Agora estavam passando um remédio pra mim sem falar o quê que era. Se escutasse era melhor”. Fica evidente a não participação do usuário na promoção de saúde, o que não atende a proposta do acolhimento preconizado na PNH, que busca o reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

Segundo Carvalho et al (2008), atitude de escuta pressupõe a capacidade do profissional de propiciar um espaço para que o usuário possa expressar aquilo que sabe, pensa e sente em relação a sua situação de saúde e responder às reais expectativas, dúvidas e necessidades.

#### QUADRO 5

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
FALTA DE ACOLHIMENTO NA RECEPÇÃO	Sou mais ou menos respeitada, tem que enfrentar fila, ficar lá esperando, ninguém tem coragem de dizer sente aí. Da parte da mulher que faz a ficha não existe acolhimento, ela é meia chata, o povo tem raiva dela. A mulher chegou lá com uma receita, ai ela pegou e disse isso é receita pra doido, ela ficou morta de vergonha,

	deveria ter mais respeito. Era pra ser mais capacitado pra atender, se o profissional tem ética ele sabe chegar ao paciente. O atendente é ignorante, não sabe atender, era pra ter mais respeito com as pessoas idosas.
--	--

**Fonte:** Própria pesquisa/2011

O discurso coletivo 5, retrata a falta de acolhimento por parte dos profissionais que trabalham na recepção da UBS. Demonstrando assim uma insatisfação quanto ao serviço prestado, podendo torna-se fator determinante para o afastamento da unidade por parte do usuário. Tendo em vista isso, a PNH (2004), propõe que o Acolhimento esteja presente em todos os momentos do processo de atenção e que atinja todos aqueles que participam na produção da saúde, voltando seu olhar atencioso para os usuários.

A recepção deve ser vista como um local de conquista do cliente, pois é lá que se dar o primeiro contato para criação de confiança. Sendo assim se torna importante que os profissionais encarregados desta atividade se portem de forma ética, respeitosa e solidaria as necessidades do idoso, adequando o ambiente da recepção para garantia de conforto, como previsto pela PNSPI.

Para Teixeira et al (2003), o funcionamento da ESF depende sobremaneira do desempenho da chamada atividade de recepção do usuário no serviço, entendida como espaço primordial de investigação, elaboração, negociação das necessidades que podem vir a ser satisfeitas.

É de suma importância destaca a percepção de parte dos participantes, em relação a fatal de ética e capacitação dos profissionais da recepção, destacado no conseqüente trecho: “Era pra ser mais capacitado pra atender, se o profissional tem ética ele sabe chegar ao paciente”. Na proposta da PNH a ética vem como diretriz no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver. Então para uma melhor receptividade, os trabalhadores destes serviços devem estar capacitados em termos de conhecimentos, habilidades e atitudes para ações específicas às necessidades da pessoa idosa.

QUADRO 6

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<p><b>PROBLEMAS DE GESTÃO QUE IMPOSSIBILITA A RESOLUTIVIDADE DO ATENDIMENTO.</b></p>	<p>Lá não tem dificuldade pra nada, só o remédio quando não tem, quando não tem eu compro. Vou fazer o exame de diabete a maquina tá desmantelada, eu acho mais fácil fazer lá no centro pago, mas é na hora. Vontade de resolver os problemas eles tem, mas coitados não chega material pra resolver os doentes, só vive faltando. A falta que tem nesse posto é que o doutor só vem duas vezes na semana. Lá não tem nada a dar a ninguém, não tem acolhimento por que agente vai lá não tem médico para resolver, não tem remédio, isso é uma falta de respeito. Esse postinho tá muito atrasado.</p>

**Fonte:** Própria pesquisa/2011

A IC do quadro 6 foi criada a partir dos discursos dos sujeitos, que relataram dificuldades encontrados no atendimento relacionadas a falta de estruturação e matérias como medicamentos e materiais para realizar exames. Este tipo problemas talvez não esteja a nível da equipe atuante dentro da UBS, e sim a nível de gestão municipais, estaduais ou federais. O que de fato dá para ter certeza é que o acolhimento como ferramenta de atendimento fica comprometido, partindo do princípio que acolher se traduz em resolutividade, e que a falta de estrutura e recursos impossibilita, em partes, dar respostas aos problemas de saúde da população.

Nesse sentido, a PNSPI (2006) define que as formas de financiamento para aprimoramento da qualidade técnica da atenção à saúde prestada à pessoa idosa deveram ser pactuadas com o Distrito Federal, o estado e o município. Determina ainda que os mecanismos e os fluxos de financiamento devem ter por base as programações ascendentes de estratégias que possibilitem a valorização do cuidado humanizado ao indivíduo idoso. Nessa pactuação, entre esferas de governo, ficaram estabelecido alguns itens prioritários como: provimento de insumos, de suporte em todos os níveis de atenção, prioritariamente na atenção domiciliar inclusive medicamentos, e provimento de recursos para adequação de estrutura física dos serviços próprios do SUS.

Reforçando os direitos dos idosos a assistência com estruturação e medicamentos o Estatuto do Idoso (2003, p.14) em seu Título II, Capítulo IV, Artigo 15º descreve que:

§ 2º - Incumbe ao poder público fortalecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outro recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

No quadro 6 o DSC enfatiza um grande problema de gestão, que possa a vim ser um retrato de muitas UBS do país, a ausência do profissional médico, em parte do tempo que deveria estar presente na unidade como descrito a seguir: “A falta que tem nesse posto é que o doutor só vem duas vezes na semana. Lá não tem nada a dar a ninguém, não tem acolhimento por que agente vai lá não tem médico para resolver”.

Corroborando com os resultados da pesquisa Silveira (2004), em seu trabalho sobre acolhimento no PSF, analisou as condições desfavoráveis relativas ao processo e organização do trabalho, e um dos pontos encontrados foi à falta de médico na unidade. Sendo assim, constatou que para haver uma modificação expressiva do modelo assistencial e a humanização do atendimento, é preciso redirecionar a organização e distribuição das ações e serviços de modo a responder satisfatoriamente às demandas, bem como às necessidades de saúde.

#### QUADRO 7

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<p><b>RESPEITO AS NECESSIDADES E AOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA.</b></p>	<p>Eles se preocupam, pela minha idade. Se não tem nenhum banco a enfermeira vai lá diz, por favor, levante ai deixe essa senhora sentar que ela chegou cansada, lá tem cadeira tem ventilador, sou bem atendido não fico esperando muito tempo em fila. Se for possível ele vem até na minha casa, como já veio já, eu doente aqui sem poder andar, explicar as coisas direitinho. Home de idade tem prioridade de ser atendido, comigo tem respeito, com as pessoas idosas principalmente.</p>

**Fonte:** Própria pesquisa/2011

A integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada com base nos seus direitos e necessidades. Sendo assim, o DSC do quadro 7 ressalva a existência de ações que demonstra respeito aos direitos e necessidades do idoso, que fortalece a ideia de acolhê-lo com dignidade.

Nessa perspectiva, o Estatuto do Idoso (2003, p.13) Lei N° 10.741, de 1° de outubro de 2003, regulariza os direitos assegurados às pessoas com idade igual o superior a 60 (sessenta) anos. Onde no seu Art. 15° descreve sobre os direitos referentes á saúde.

Art, 15°. É assegurada a atenção integral á saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário em

conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

Mesmo diante de atitudes que expressam direitos e atenção no DSC, durante a pesquisa, se tornou visível que a forma como a ESF está sendo desenvolvida em nossa realidade encontra-se longe de cumprir tanto com as exigências que o envelhecimento necessita em termos de atenção, como com as ações que as políticas voltadas para esta população preconizam. Pois o atendimento com prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, como apontado na proposta do acolhimento torna-se algo mais amplo, no sentido de responsabilização direta da saúde, por parte de todo um sistema que tem início na atenção básica. Dessa forma, assegurar atenção integral não se restringe a respeitar ou dar atendimento preferencial, esses atributos são de direito da pessoa idosa, como visto no Estatuto do Idoso (2003, p.12) em seu Título II, Capítulo II, Artigo 10:

Art. 10 - É obrigação do estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos; individuais e sociais garantidos na Constituição e nas leis.

§ 3º - É dever de todos zelar pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.

Dois pontos abordados no DSC do quadro 7, se tornam importantes na busca pelo atendimento acolhedor, são eles: a prioridade para o atendimento e o atendimento domiciliar, destacado no seguinte trecho: “não fico esperando muito tempo em fila. Se for possível ele vem até na minha casa, como já veio já, eu doente aqui sem poder andar”. Assim sendo, essas duas ações estão de acordo com o Estatuto do Idoso (2003, p.10, p. 13) no Título I, Artigo 3º em seu parágrafo único e no Título II, Capítulo IV, Artigo 15º.

Art. 3º, I – atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos público e privados prestadores de serviços à população;

Art. 3º, VIII – garantia de acesso à rede de serviço de saúde e de assistência social locais;

Art. 15º, §1º, IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitado de se locomover, inclusive para idoso abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventuais conveniadas com Poder Público, nos meios urbanos e rural;

QUADRO 8

IDEIA CENTRAL	DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO
<b>DIFICULDADES PARA DESENVOLVER O ACOLHIMENTO POR PARTE DE TODA A EQUIPE</b>	<p>Da parte da mulher que faz a ficha não existe acolhimento, é meia chata, o povo tem raiva dela, não recebe bem, mas o resto têm que eles respeita, se preocupa. Só o enfermeiro chefe mesmo que faz esse acolhimento o resto não tá nem ai. O agente de saúde daqui passa mais de mês sem vim aqui, ele num faz conta de ninguém não, ele passa aqui eu chamo, ele diz venho já e vai embora, eles num tem paciência de escutar não, mal tira a pressão. O medico meu filho, né todo dia que ele está, ele vem consulta a gente e pronto.</p>

Fonte: Própria pesquisa/2011

A formatação da IC do quadro 8 a partir dos discursos coletados, tem como proposta discutir as dificuldades de promover o acolhimento devido a não adequação de toda a equipe ao proposto pela política. Dessa forma, alguns participantes reclamaram do atendimento na recepção, da falta de compromisso do Agente Comunitário de Saúde (ACS), e do atendimento médico.

Mediante ao exposto, no trabalho em equipe o ACS se torna o principal elo entre a ESF e a comunidade, permitindo o fortalecimento do vínculo com a família e proporcionando a aproximação das ações de saúde ao contexto domiciliar.

Nesse sentido, Lavor et al (2007) exalta o ACS como de fundamental importância no acolhimento, uma vez que será a partir de suas informações que, tanto a equipe de saúde poderá melhor organizar o processo de trabalho, de forma a atendê-las as atuais e reais necessidades de saúde da comunidade, como também, a comunidade poderá acessar aos serviços de forma mais organizada, evitando idas e vindas.

Para que realmente seja possível uma transformação efetiva do processo do trabalho em saúde, é necessário que todos os trabalhadores se impliquem de fato nesse processo, atuando como sujeitos ativos e agentes de mudanças. Além disso, para que se possam enfrentar os desafios, deve-se compreender o acolhimento como algo dinâmico e flexível, resultando uma constante avaliação e a reorganização das ações. Como colocado por Franco et al (2004), a mudança só acontece se cada trabalhador aderir a essa nova forma de se relacionar com o usuário e compreender o modo de produzir saúde, dentro de uma perspectiva de saúde como dimensão da qualidade de vida.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se analisar os discursos construídos, ficou bastante perceptível que o termo acolhimento, nos moldes que a PNH determina, ainda se encontra pouco disseminada entre a população e, baseado em outros estudos, entre os próprios profissionais atuantes na ESF, estando frequentemente relacionada a ideia de receber bem. Fica esclarecido no trabalho que receber bem é um dever do profissional também preconizado pela PNH que em sua definição não restringe a ideia do acolhimento em apenas receber bem, mas sim em algo mais amplo que represente a responsabilização direta da saúde do idoso.

Sendo assim, diante dos resultados foi possível identificar dois tipos de ações que compõe o comportamento de acolher: as ações subjetivas e ações técnicas. As ações subjetivas seriam aquelas que independem de outros fatores para serem desenvolvidas a não ser da “boa vontade” do profissional, como: ser receptível, ter bom relacionamento com a população criando vínculo, demonstrar preocupação com o estado do paciente, ter paciência na escuta, demonstrar respeito e responsabilidade, dentre outros. Para realizar tais atitudes interpessoais os profissionais da saúde se encontram preparados, pois em suas formações acadêmicas são capacitados eticamente para se portar diante dos pacientes.

Já as ações técnicas seriam aquelas que dependem de todo um sistema bem estruturado com profissionais capacitados para se trabalhar na área do envelhecimento, infraestrutura específica, matérias para desenvolver tratamentos de reabilitação, dentre outros. Dessa forma, tais dependências podem influenciar diretamente no processo de resolutividade da atenção proposto pela política do acolhimento.

A partir deste pressuposto, foi notório em grande parte dos discursos que o enfermeiro foi o profissional mais enfatizado no que se refere às atitudes subjetivas que compõem o acolhimento, retratando um atendimento baseado na humanização, sendo suficiente para gerar satisfação nos idosos. Tendo esses relatos como base, a enfermagem em sua essência de formação se torna importante contribuinte na mudança de relação entre profissional e o usuário, indicado na política do acolhimento, por que suas ações e formas de promover o cuidado estão entrelaçadas com a solidariedade.

No que diz respeito às ações técnicas, tendo como base a classificação acima, foi perceptível nas falas que parte dos participantes teve acesso a encaminhamentos para outros setores mais competentes, reproduzindo uma continuidade da atenção, assim como depoimentos que retratam a capacitação técnica dos profissionais da saúde da UBS, para atender as necessidades do envelhecimento. Porém, houve relatos de dificuldades no

atendimento que estão ligados a falhas em nível de gestão como: falta de medicamentos, falta de estrutura, materiais para realizar exames e falta do profissional médico durante toda a semana. Ficando marcado por uma forte expressão destacada no trecho seguinte: “isso é uma falta de respeito. Esse postinho tá muito atrasado”. Perante esses problemas de gestão, o processo de resolutividade fica empacado, tornando o sistema como um todo incapaz de dar uma resposta positiva ao usuário.

Diante do que foi visto em todas as etapas da pesquisa conclui-se que as ações subjetivas e as ações técnicas que compõe o acolhimento proposto pela PNH, devem convergir de forma positiva para a concretização da PNSPI, tendo em vista as peculiaridades que o processo de envelhecimento apresenta. Dessa forma é perceptível que a atenção à pessoa idosa no Sistema Único de Saúde, tendo seu início na ESF que é guiada por políticas como a PNH e a PNSPI tendo como principal ferramenta o acolhimento, encontra-se longe, na nossa realidade, de atender todas as necessidades que a velhice apresenta principalmente no que concerne a promoção da autonomia.

## REFERÊNCIAS

BELLUSCI, Domingos Gabriel de Paula. **Programa Saúde da Família II: manual para o dia a dia das equipes de saúde da família**. 2. Ed. São Paulo: LAWBOOK, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização: Secretaria de Atenção à Saúde**. 4.ed, Brasília: 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica, n.19, Brasília: 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas**. Brasília: 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Secretaria de gestão estratégica e participativa. Brasília: 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde. **Acolhimento Nas Práticas De Produção De Saúde**. Secretaria de atenção à saúde. núcleo técnico da política nacional de humanização. 2.ªed, Brasília: 2006c. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS\\_PNH.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf). Acesso em: 26 de agosto de 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento. Série B. Textos Básicos de Saúde Série Pactos pela Saúde**. v. 12, Brasília: 2006b Disponível em: [www.saude.gov.br/saudedoidoso](http://www.saude.gov.br/saudedoidoso). Acesso em: 07 de agosto de 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** : Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Brasília: 2006d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília, 1997.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. Estudos e pesquisas: informação demográfica e sócio-econômica,** on line. n. 9, p.1-97, Brasília: 2000

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia.** São Paulo: HUCITEC,2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda.** São Paulo, HUCITEC, 2000.

CAMPOS, Luciane; WENDHAUSEN, Agueda. **Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família .** Texto contexto Enferm, 2007.

CARVALHO, Cristiane A.P; et al. **Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde.** 2008.

CONRADO, Mariela de Oliveira Montanher. **A Importância do Vínculo Entre Equipe e Usuário Para o Profissional da Saúde.** V. 8, n. 1-3, p. 11-18, 2008.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa et al. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. Ver. Latino- Americana Enfermagem, v.12, n.3, Ribeirão Preto: 2004..

FERREIRA, Fernanda Cristina. **As condições que levam as mulheres soropositivas ao HIV/Aids a abrir sua privacidade de suas informações às equipes do Programa Saúde da Família.** Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo: 2007.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de. **Métodos e Metodologia na Pesquisa Científica.** 3 ed, São Caetano do Sul: YENDES, 2008.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil.** Cadernos Saúde Pública, v. 15, n. 2, p. 0319, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>. Acesso em: 27 de agosto de 2011.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. **Integralidade na Assistência à Saúde: a Organização das Linhas do Cuidado.** 2.ed, São Paulo: HUCITEC, 2004.

FREITA, Lima Siqueira, et al. **Atenção à saúde do idoso na Estratégia Saúde da Família, Sobral – CE.** Saúde Coletiva, vol. 43, n. 7, p. 200-205. Bolina Brasil: 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 3. ed. São Paulo: ATLAS, 1991.

GOLDIN, J. R. **Ética na pesquisa em saúde.** Rev. HCPA, n. 13, v.20, p. 107-111. 1993

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas de População. Brasília-DF.** 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 15 de agosto de 2011.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Calvacanti. **Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social.** 2 ed, Caxias do Sul: EDUCS 2005.

LEI, nº. 8.842, de 4 de Janeiro de 1994. **Política Nacional do Idoso.** Diário Oficial da União. Brasília. Disponível em: [http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/41/docs/politica\\_nacional\\_do\\_idoso.pdf](http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/41/docs/politica_nacional_do_idoso.pdf). Acesso em: 28 de julho de 2011.

LEITE, Juliana Carvalho Araújo; et al. **Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem.** Rev. Bras. de Enferm, v. 52, n. 2, p.161-168, Brasília: 1999.

MOREIRA, M.M.S. **Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento.** Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro: 2000.

MOTTA, Luciana Branco da; AGUIAR, Adriana Cavalcanti de; CALDAS, Célia Pereira. **Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros.** Cad. Saúde Pública. v. 27, n.4, pp. 779-786, 2011.

OLIVEIRA, Amanda. et al. **Comunicação No Contexto Do Acolhimento Em Uma Unidade De Saúde Da Família De São Carlos, SP.** v.12, n.27, p.749-62, São Paulo: EDUC, 2008.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de; COLLET, Neusa; VIERA, Cláudia Silveira. **A humanização na assistência à saúde.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. v. 14, n. 2, pp. 277-284, 2006.

OLIVEIRA, Juliana Costa Assis de; Tavares, Darlene Mara dos Santos. **Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro.** Rev. Esc. Enferm. USP. v. 44, n. 3, p.74-81, 2010.

PAIDÉIA. **Protocolo de Acolhimento da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.** Maio 2002. Disponível em: < <http://www.campinas.sp.gov.br> >. Acesso em: 06 de agosto de 2011.

PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada.** São Paulo: ATHENEU, 2002.

PEDROSA, José Ivo dos Santos; TELES, João Batista Mendes. **Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família.** Rev. Saúde Pública. vol. 35, n. 3, 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000300014>. Acesso em: 23 de julho de 2011.

PINTO, José Leonel Gonçalves. et al. **Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF.** Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p. 753-764, 2006.

PUCCINI, Paulo de Tarso; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **A humanização dos serviços e o direito à saúde.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1342- 1353, 2004.

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. **Políticas públicas direcionadas ao idoso: aplicabilidade do artigo 4º do decreto nº 1.948/96.** São Luís: 2005.

RODRIGUES, A. J. **Metodologia Científica.** São Paulo. AVERCAMP: 2006.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; et al. **Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da Enfermagem**. Florianópolis: 2007..

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência**. Rev. Latino-am Enfermagem v.13, n.6, p. 1027-34: 2005.

SALDANHA, Assuero Luiz; CALDAS, Célia Pereira. **Saúde do idoso: A arte de cuidar**. 2. Ed, Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

SANTANA, Juliana Espíndola. **O Papel Da Enfermagem Na Saúde Do Idoso Dentro Do PSF**. 2004.

SCHNEIDER, Alessandra et al. **Centro de Educação e Assessoramento Popular Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade?**. Passo Fundo: IFIBE, 2007.

SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo Silveira. et al. **acolhimento no programa saúde da família: um caminho para humanização da atenção à saúde**. 2004.

SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo. **Acolhimento No Programa Saúde Da Família: Um Caminho Para Humanização Da Atenção À Saúde**. CITEFCITIB: 2004.

SOUSA, Maria Fátima de. **A enfermagem reconstruindo sua prática: uma conquista no PSF**. Rev. Brasileira de Enfermagem. 2000. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=302227&indexSearch=ID>. Acesso em: 20 de julho de 2011.

TEIXEIRA, Ricardo rodrigues. **O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações**. Rio de Janeiro: 2003.

TOBAR, F. et al. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

## APÊNDICES



## **APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA**

## APÊNDICE A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA  
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data de Aplicação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sexo: ( ) M ( ) F      Idade: \_\_\_\_\_ anos

Estado civil: ( ) Solteiro, ( ) Casado, ( ) Viúvo, ( ) Outro

Grau de escolaridade: ( ) Não alfabetizado

- ( ) Primeiro grau incompleto
- ( ) Primeiro grau completo
- ( ) Segundo grau incompleto
- ( ) Segundo grau completo
- ( ) Nível superior incompleto
- ( ) Nível superior completo

Renda familiar: ( ) Até 1 salário mínimo

- ( ) Até 2 salários mínimo
- ( ) Até 3 salários mínimos
- ( ) Mais de 3 salários mínimos

1. Quantas vezes no mês vai a USF?
2. Como você é recebido ao chegar à USF?
3. Como você é atendido pelos profissionais da saúde da USF (fale das etapas do atendimento)?
4. O que você acha do acolhimento dos profissionais de saúde da USF?

**ANEXOS**

**ANEXO A – DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA**

**ANEXO A**

---



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA  
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA****TÍTULO DA PESQUISA: PERCEPÇÃO DOS IDOSOS A CERCA DO  
ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Eu, Alba Rejane G. de M. Rodrigues portadora do RG: 864310, SSP/PB, declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

---

**Orientadora**

---

**Orientando**

Cajazeiras, 19 de setembro de 2011

**ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO  
EM CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 196/96 DO CNS**

**ANEXO B**

---



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA  
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM  
CUMPRIR OS TERMOS DA RESOLUÇÃO 196/96 DO CNS**

**PESQUISA: PERCEPÇÃO DOS IDOSOS A CERCA DO ACOLHIMENTO NA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Eu, Alba Rejane G. de M. Rodrigues portadora do R.G: 864310, SSP/PB e CPF: 674983964-91, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

---

**ORIENTADORA**

Cajazeiras, 19 de setembro de 2011

**ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**



## ANEXO C



ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS  
SECRETARIA DA SAÚDE  
CNPJ: 05.325.381/0001-00  
Rua Arsênio Rolim Araruna, 01 Cocodé  
Fone: (83) 3531-4734

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS  
SECRETARIA DO MUNICIPIO

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado "Percepção dos idosos a cerca do acolhimento na estratégia de saúde da família" desenvolvido pelo aluno **Thairon José Machado de A. Nóbrega** do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora **Alba Rejane G. de M. Rodrigues**.

Cajazeiras, 19 de setembro de 2011.

*Pablo de Almeida Leitão*

SECRETÁRIO DE SAÚDE DE  
CAJAZEIRAS - PB  
CPF 011.003.894 07

Secretário Municipal de Saúde de Cajazeiras

**ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

## ANEXO D



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA  
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos autorizo a minha participação na Pesquisa: **Percepção dos idosos a cerca do acolhimento na estratégia de saúde da família**, declaro ainda que recebi todo esclarecimento sobre a pesquisa que será desenvolvido pelo aluno **THAIRON JOSÉ MACHADO DE A. NÓBREGA** aluno do Curso Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Sob a Orientação do Professor **ALBA REJANE G. DE M. RODRIGUES**.

A pesquisa tem como **Objetivo Geral**: Averiguar a percepção dos idosos cadastrados em uma ESF a respeito do acolhimento, como forma de humanização, recebido na Unidade de Saúde da Família e **Objetivos específicos**: traçar o perfil sócio econômico dos idosos investigados ou estudados, identificar se ocorre à prática do acolhimento, verificar a percepção do idoso quanto à prática do acolhimento, descrever a prática do acolhimento realizado pelos profissionais da ESF.

Serão assegurados os meus direitos de obter resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. Tenho assegurado também o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, bem como, a não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade e meu anonimato. Assim como estou ciente que será utilizado um gravador na entrevista e que o conteúdo da gravação será transcrito para o trabalho final e posteriormente deletado.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, sobre a pesquisa o participante poderá contatar o aluno **Thairon José Machado de A. Nóbrega** no número (83) 9650-4344, ou a Professora **Alba Rejane g. De m. Rodrigues** no endereço Rua Aluisio De Queiróz, 313, Patos-PB, CEP: 58704-370, pelos Telefones (83) 3421-1014 (83) 8871-4221.

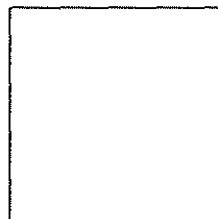
Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimento e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

---

Assinatura do pesquisador

---

Assinatura do participante da pesquisa



**ANEXO E – DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM  
SERES HUMANOS – CEP, HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO –  
HUAC**



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG**  
**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC**



## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que em reunião de 09/ 11/ 2011 foi aprovado o **Processo nº. 20111410 - 048** intitulado: **PERCEPÇÃO DOS IDOSOS ACERCA DO ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Projeto a ser realizado no período de: Novembro a Dezembro de 2011.

Estando o pesquisador ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve seres humanos, podendo sofrer penalidades caso não cumpra com um dos itens da resolução supra citada.

Após conclusão da pesquisa deve ser encaminhado ao CEP/ HUAC, em 30 dias (trinta dias), relatório final de conclusão, antes de envio do trabalho para publicação. Haverá apresentação pública do trabalho no Centro de Estudos HUAC em data a ser acordada entre pesquisador e CEP/ HUAC.

*Karynna M Barros da Nóbrega*  
 Karynna Magalhães Barros da Nóbrega  
 Coordenadora CEP/ HUAC/ UFCG.

Campina Grande - PB, 09 de Novembro de 2011.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.  
 Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: [cep@huac.ufcg.edu.br](mailto:cep@huac.ufcg.edu.br)