

Concepção dos médicos da Atenção Primária de um município do interior do Ceará sobre saúde do idoso

Conception of the Primary Care physicians in city of Ceará about health of the elderly

Jaciara Bezerra Marques¹

¹Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – São Paulo (SP), Brasil. Professora de Gerontologia da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte (FMJ) – Juazeiro do Norte (Ceará), Brasil. eujaciara@gmail.com

RESUMO O estudo objetivou conhecer a concepção dos médicos que atuam na Estratégia da Saúde da Família de Juazeiro do Norte (CE) sobre a atenção à saúde do idoso. Para tanto, foi realizado estudo qualitativo através de entrevistas com dez médicos. A abordagem do serviço de saúde centrado na doença e na consulta ambulatorial, privilegiando as doenças crônicas, a não participação em ações com outros profissionais da saúde, a não utilização de avaliação global do idoso e uma visão negativa da velhice foram os principais aspectos evidenciados no estudo. Os resultados encontrados reforçam a necessidade de melhorias na capacitação dos médicos da Atenção Primária para o cuidado com idosos.

PALAVRAS-CHAVE: Médicos; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso.

ABSTRACT *This study aimed to elucidate the conception of health care for the elderly for physicians in the Family Health Strategy in city of Ceará, Brazil. A qualitative study with ten physicians was conducted through interviews. The main findings in this study were health service centered on sickness and office appointments, that focuses on chronic diseases, that provides little interaction with other health care professionals, the lack of use of the global assessment for the elderly and a negative perception of old age. The results reinforce the need for improvements in the training of primary care physicians to care for the elderly.*

KEYWORDS: *Physicians; Primary Health Care; Health of the Elderly.*

Introdução

A velhice constitui-se de uma fase da vida quando ocorrem várias mudanças biológicas, psicológicas e sociais. Uma boa parte dos idosos é atingida por doenças crônicas não transmissíveis, que necessitam de acompanhamento constante de equipe multiprofissional, pois a maioria desses agravos não tem cura e pode gerar incapacidades e afetar a funcionalidade, dificultando ou impedindo o desempenho das atividades cotidianas de forma independente (RAMOS, 2003).

Quando se fala em saúde do idoso, as metas a serem alcançadas são de satisfação em viver, independência e autonomia por maior tempo possível. A dependência é um dos maiores temores nessa faixa etária e evitá-la ou postergá-la passou a ser uma função da equipe de saúde, em especial na atenção primária.

Segundo Starfield (2004), o profissional médico mais adequado para atuação na Atenção Primária é o médico generalista. No Brasil, o número de médicos com esta formação ainda é muito inferior ao necessário para o número de 29.900 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2011). O médico da Atenção Primária tem a responsabilidade de enxergar a totalidade das ações deste nível de atenção e supervisionar todos os seus aspectos. Para tanto, este médico deve estar apto a exercer suas funções organizacionais e ter uma visão ampliada do cuidado integral e da promoção da saúde.

Desde 1994, o Ministério da Saúde do Brasil vem adotando a ESF para a organização da Atenção Primária e estruturação do sistema de saúde brasileiro. A ESF atua com práticas desenvolvidas por equipes responsáveis pela saúde de uma determinada população a ela adstrita, voltada à atenção integral do indivíduo, de forma humanizada, considerando as características locais e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais (BRASIL, 2006b).

Os profissionais de saúde da Atenção Primária devem estar capacitados na prevenção e controle dos agravos à saúde dos idosos. Entretanto, em estudo qualitativo, realizado em João Pessoa, Paraíba, no qual foram entrevistados oito médicos de Unidades Básicas de Saúde (UBS) sobre o cuidado aos idosos, esse foi considerado incipiente e direcionado para patologia. No que

se refere às dificuldades experimentadas, os entrevistados apontaram aquelas oriundas da falta de capacitação profissional e relativas à falta de estrutura do programa, da unidade e da comunidade (FERNANDES, 2006).

O município em que foi realizada a pesquisa que dá origem a este artigo está localizado no interior do Ceará, e conta com uma população de 249.939 habitantes, sendo 26.392 idosos (IBGE, 2010). O município não possui Centro de Referência em Atenção ao Idoso e a maioria dos idosos desta cidade recebe atendimento médico através da ESF.

No entanto, não se conhece como os profissionais médicos que atuam na ESF abordam a saúde do idoso. Neste sentido, foi realizado um estudo qualitativo, em 2009, incluiu dez médicos que atuam na ESF do município, visando conhecer suas concepções sobre atenção à saúde do idoso.

Metodologia

Para a realização do estudo foi utilizada abordagem qualitativa que coloca o sujeito e o objeto em interação, tornando-se assim parte da investigação (MINAYO, 2002). O referencial teórico adotado foi a Teoria das Representações Sociais, que se constitui num conjunto de conceitos e afirmações originadas no decurso do cotidiano, das comunicações interindividuais equivalentes às crenças e mitos das sociedades tradicionais (JODELET, 2001).

Foram entrevistados dez médicos, dentre os 58 que atuam na ESF do município, selecionados mediante escolha aleatória. As entrevistas foram orientadas por roteiro previamente elaborado, sendo realizadas pelo próprio pesquisador. Com a maioria dos entrevistados foi possível realizar a entrevista em apenas um encontro, exceto para três, para os quais foram necessários dois encontros para complementação da entrevista.

Os entrevistados foram contatados, inicialmente, no seu local de trabalho, quando era explicado o objetivo da pesquisa, perguntado do seu interesse e disponibilidade em participar e, caso positivo, agendados hora e local de sua preferência.

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. A análise do material, após sua leitura

exaustiva, incluiu a identificação de aspectos comuns ou relacionados entre si nas falas dos entrevistados. A partir disto foram estabelecidas categorias para nortear a interpretação dos dados. Foram encontradas sete categorias que indicaram as características das concepções dos entrevistados sobre atenção à saúde do idoso na ESF no município estudado.

1. Razão em trabalhar na ESF;
2. Conhecimento sobre organização do serviço para Saúde do Idoso na ESF;
3. Atividades com idosos na ESF;
 - 3.1 Atividades coletivas;
 - 3.2 Ações de promoção à saúde;
 - 3.3 Visita domiciliar;
 - 3.4 Consulta ambulatorial.
4. Principais problemas dos idosos no município;
5. Avaliação das ações na Saúde do Idoso na ESF;
6. Considerações sobre trabalho interdisciplinar;
7. Considerações sobre velhice.

Foram respeitadas as exigências das Diretrizes e Normas de Pesquisas com seres humanos, apresentadas na Resolução 196, do Conselho Nacional de Saúde — Ministério da Saúde. A execução da pesquisa somente foi iniciada após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino na qual o estudo estava vinculado e após a assinatura do Termo Livre Esclarecido pelo entrevistado.

Resultados

Características dos sujeitos

Foram entrevistados 10 médicos, 5 homens e 5 mulheres, com idades que variaram de 30 a 72 anos — 5 dos entrevistados informaram sua idade cronológica, os outros 5 somente disseram a faixa etária na qual se encontravam. O fato de não dizer sua idade pode sugerir um incômodo em revelar o tempo de anos vividos e com o próprio processo de envelhecimento. Incômodo que eventualmente pode se refletir na abordagem do idoso que lhe demanda cuidado.

O tempo de atuação na ESF variou de 4 meses a 14 anos. Cinco dos entrevistados informaram ter menos de seis meses na ESF atual. Esta informação pode

estar relacionada à baixa permanência de alguns médicos na mesma equipe no município. Apenas três dos entrevistados permaneceram na mesma equipe desde que iniciaram suas atividades na atenção primária.

As especialidades médicas dos entrevistados foram também bastante variadas; dentre elas, pneumologia, ginecologia, urologia, pediatria, radiologia, cirurgia e clínica médica. Somente três deles tiveram formação em residência médica e quatro fizeram especialização em Saúde da Família ou Medicina de Família e Comunidade. Apenas um informou ter tido na graduação a disciplina de Geriatria e outro relatou ter realizado curso de Gerontologia após a graduação.

Razão em trabalhar na ESF

A maioria dos entrevistados afirmou que estava trabalhando na ESF não por uma escolha inicial, mas por ser a opção mais fácil de emprego. Apesar do insuficiente financiamento público da saúde e da universalidade da cobertura dos serviços de saúde ainda não ser fato (CEBES, 2011), a ampliação da atenção básica permanece como compromisso da 14^a Conferência Nacional de Saúde (COMISSÃO ORGANIZADORA DA 14^a CNS, 2011). Seguindo esta tendência, no município estudado, sempre há vagas disponíveis para médicos na ESF. Médicos que já atuaram em outras especialidades passaram também a atuar na ESF sem necessariamente terem tido um treinamento complementar para este tipo de atuação.

Ou seja, as razões para atuarem na ESF estão relacionadas não apenas a escolhas individuais, mas são perpassadas pelas dimensões da política de saúde, da reorganização da atenção e dos serviços de saúde. As outras motivações em trabalhar na ESF estavam relacionadas com o retorno financeiro e a incapacidade em trabalhar em outros setores. Em dois depoimentos observou-se uma sensação de dever público.

Conhecimentos sobre organização do serviço para saúde do idoso na ESF

Nenhum dos entrevistados soube informar o número de idosos na área adstrita a sua ESF de atuação; apenas um sugeriu que a porcentagem de idosos seria de 15% da população. Atualmente, no município, os idosos representam 10,5% da população geral (IBGE, 2010).

Quatro dos entrevistados informaram não saber se o número de idosos da sua área de adstrição era disponibilizado por sua equipe da ESF.

O processo de cadastramento das pessoas de um dado território vinculado à ESF é realizado pelos agentes de saúde por coleta direta de informações da população, utilizando para tanto a Ficha A, padronizada pelo Ministério da Saúde (ANDRADE; BARRETO; FONSECA, 2004). Porém, nem todos os profissionais de saúde sabem dessa obrigatoriedade ou mesmo usufruem dessas informações para planejamento das ações na ESF. Os médicos entrevistados não sabiam informar o número dos idosos, provavelmente por não terem ideia de que esta informação influencia no planejamento de suas ações, o que sugere a permanência de uma prática de saúde fragmentada, centrada no contato de caráter individual entre profissional e usuário.

Essa prática contraria um dos pressupostos da ESF, que situa o usuário como um membro de um coletivo, o profissional médico como parte de uma equipe, e o momento da consulta como um momento de encontro de sujeitos em torno das necessidades de saúde trazidas por um deles. Nascimento, Santos e Carnut (2011) destacaram importantes lacunas na operacionalização da ESF que levam a dificuldades nas ações na atenção básica.

Atividades com idosos na ESF

Atividades coletivas

Segundo Tavares (2004), as práticas coletivas são essenciais na Atenção Primária à saúde. Nas atividades coletivas, a comunidade ou grupo específico dessa comunidade deve ter acesso de forma clara e em linguagem acessível, atrativa, não técnica aos repasses de informações relacionadas aos temas e aos problemas que interferem com a saúde.

No conjunto dos entrevistados, quatro relataram experiências de atividades coletivas. Um médico relatou experiência de um dia de ações coletivas voltadas para idosos, vivenciada em outro município onde trabalhou; uma médica contou da sua experiência buscando superar a dificuldade de adesão dos idosos na campanha de vacinação anual; outra relatou evento anual de confraternização do seu posto para os idosos da sua comunidade e um último médico citou a atividade de grupo de

idosos realizado pelo educador físico, mas o entrevistado não sabia informar maiores detalhes desta atividade.

Esses relatos sugerem haver pouca clareza, para esses profissionais, do que seria uma atividade coletiva. No entanto, a própria dinâmica do trabalho em equipe na ESF representa uma atividade coletiva, mesmo que muitos médicos não saibam bem o que o outro profissional da saúde faz. Esse desconhecimento reverbera o que é ignorado sobre os princípios, diretrizes organizacionais da atenção primária, o que não foi apreendido ou não é exigido pela secretaria de saúde. O médico não pode perceber a importância das ações coletivas com idosos, pois ele nem mesmo se percebe dentro de uma equipe. Para eles as atividades coletivas são pontuais, realizadas por outros profissionais que não os médicos, e sua participação não é percebida como necessária.

Ações de promoção à saúde

Segundo Andrade, Barreto e Fonseca (2004), promoção de saúde constitui-se em um conjunto de ações sobre os determinantes de saúde com objetivo de criar condições favoráveis a modos de vida saudáveis. Destaca-se, em falas de quatro entrevistados, a importância da educação dos idosos e família para o repasse de informações e, assim, promover ambientes saudáveis. Percebe-se, ainda, a preocupação quanto à orientação de dietas para uma vida mais saudável. Uma das médicas relata sua experiência sobre repasse de informações sobre plantas medicinais. A importância das práticas de exercícios físicos pelos idosos foi citada por seis dos dez entrevistados e como experiência pessoal por outros quatro.

Ou seja, as representações sociais dos médicos sobre promoção de saúde estão voltadas para uma abordagem clínica, enfocando a prevenção de doenças, a partir de prescrições de dietas ou exercícios. Esta postura contrasta com o que é proposto na promoção de saúde, especialmente no seu componente de educação para a saúde. Deveria haver o predomínio do diálogo com troca de experiências, visando que o outro possa elaborar os seus padrões de viver com saúde, e não o predomínio da imposição de informações médicas para os pacientes. Faz-se necessário, para tanto, médicos com formação orientada pela educação popular e respeito aos saberes da comunidade, em busca de uma verdadeira cidadania compartilhada (SILVA *et al.*, 2010).

Visita domiciliar

A visita domiciliar é uma atividade de destaque na ESF, pois constitui um excelente instrumento de acompanhamento de pacientes acamados ou com dificuldade de locomoção (TAVARES, 2004). Todos os entrevistados relataram realizar visitas domiciliares, sendo que a maioria destas visitas foi destinada aos idosos. A visita domiciliar foi representada como uma consulta ambulatorial descentralizada.

Consulta ambulatorial

Nenhum dos entrevistados informou haver um turno específico somente para idosos; no entanto, todos relataram que nos dias de atendimentos aos hipertensos e diabéticos existe maior quantidade de idosos. Ou seja, parece que as ações prioritárias da Saúde do Idoso (BRASIL, 2006c) ainda não estão implantadas ou executadas de forma adequada havendo, dentro da ESF, uma prioridade para a abordagem das doenças hipertensão (HAS) e diabetes (DM), em detrimento às ações de promoção de saúde e de prevenção do envelhecimento.

A lembrança mais citada ao se referir a ações da ESF com idosos eram de consultas ambulatoriais, que, segundo Oliveira e Pellanda (2004), representam o momento para se estabelecer o diagnóstico e manejo dos problemas de saúde dos indivíduos. De fato, as consultas clínicas constituem o maior motivo de procura pelos idosos do serviço público de saúde no município estudado (MARQUES *et al.*, 2009), sugerindo a permanência de um modelo biomédico que considera apenas os fatores biológicos na causa das doenças e centraliza a atenção à saúde na figura do médico.

Principais problemas dos idosos

Coincidindo com o fato de que a representação social dos entrevistados sobre as atividades com idosos na ESF encontra-se focado no modelo biomédico, ao se questionar sobre os principais problemas dos idosos, destacou-se a lembrança de doenças crônicas como HAS e DM nas falas de seis dos dez entrevistados. O preconceito, o descaso familiar, a dificuldade na tomada de medicações e a dificuldade de acesso ao serviço de saúde também foram citados como problemas.

A citação sobre HAS e DM foi observada em vários momentos das entrevistas. Doenças relacionadas à

saúde mental dos idosos foram citadas pela maioria dos entrevistados, bem como as doenças relacionadas à dificuldade de mobilidade e doenças osteoarticulares.

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea, assim as doenças relacionadas ao envelhecimento ganham maior expressão. O resultado dessa dinâmica é uma demanda crescente por serviços de saúde com enfoque na doença (LIMA-COSTA; VERAS, 2003), corroborando, assim, a representação social dos entrevistados, sobre os problemas dos idosos, centrada na doença. A esta representação se agrega outra, a do idoso como paciente, como doente.

Os problemas socioeconômicos dos idosos não foram percebidos como importantes pela maioria dos entrevistados, que também não conseguiram vislumbrar o idoso inserido no contexto familiar e coletivo, tendo que se haver, por exemplo, com questões que transcendem a HAS e DM, como os abusos, os maus-tratos, a viuvez ou feminilização do envelhecimento, dentre outras. A negação a percepção dos problemas sociais surgidos na velhice demonstra um mecanismo de defesa natural do homem moderno, que busca a jovialidade e nega o envelhecimento (NUNES, 2011).

Avaliação das ações na saúde do idoso

Ao ser perguntado 'Como é para você trabalhar com o idoso na ESF?', nenhum médico entrevistado demonstrou insatisfação em atender idosos. Percebeu-se satisfação nas falas de alguns médicos devido à atenção e gratidão demonstradas pelos idosos durante e após a consulta. Nas falas de outros, foi dado destaque à necessidade de conversar que o idoso possui. Isto sugere que, em que pese a representação do idoso como um doente, e da velhice como doença, e não como uma etapa da vida, não parece ser penoso para os profissionais o contato com os sujeitos em processo de envelhecimento.

Do mesmo modo, os entrevistados fizeram, em geral, uma autoavaliação positiva de suas ações na ESF. Uma das médicas destacou a importância do acompanhamento da pessoa desde a infância até a velhice, e outra citou seu bom conhecimento sobre a área adscrita da ESF e da população atendida. Outra, ainda, falou da importância da criação de vínculos entre o profissional de saúde e o paciente que a ESF propicia.

No entanto, muitas dificuldades também foram citadas em relação ao trabalho na ESF. Uma médica, por exemplo, falou do seu desencantamento com a ESF, que segundo ela não consegue realizar a proposta comunitária que pretende. Outra, fez menção à sua insegurança em determinadas condutas, para as quais não se sente capacitada. O preconceito contra o trabalho na ESF no meio da categoria médica também foi apontado como um problema. Vários profissionais fizeram duras críticas à ESF e aos serviços públicos de saúde do município. Neste contexto, foram apontadas a falta de investimento na Atenção Primária a saúde, gerando problemas de organização, como grande número de consultas por dia e dificuldades de integração com o nível secundário de atenção à saúde no município e a precariedade da estrutura das unidades. Estas críticas estão de acordo com análise sobre os impasses atuais do SUS, e as dificuldades de se garantir acesso à população a uma atenção básica à saúde de qualidade (CEBES, 2011).

O acesso ao serviço de saúde consiste em utilizar este serviço quando o indivíduo necessitar (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006). Algumas médicas relataram a dificuldade de acesso ao serviço de saúde por parte da população que mora mais distante da unidade de saúde. Outros destacaram a falta de medicação na ESF, e ainda a dificuldade de realização de exames complementares. Problemas desta natureza também foram identificados por Motta, Aguiar e Caldas (2011), em estudos sobre efetividade da ESF e a atenção ao idoso em três municípios do Rio de Janeiro.

Assim, a avaliação dos profissionais a respeito do serviço público de saúde no qual eles atuam aponta para um ambiente desfavorável e cercado por dificuldades. No entanto, os entrevistados consideram que suas ações são bem vistas pela população e alguns reconhecem a gratidão dos idosos por receberem atenção. Existe, assim, uma contradição entre a avaliação do próprio trabalho e do ambiente no qual este se desenvolve.

Apenas três médicos afirmaram ser capacitados para atuar bem na saúde do idoso. Seis, dos dez entrevistados, reconheceram a necessidade de maior capacitação na área de saúde do idoso. Isto sugere, mais uma vez, que embora a capacitação dos profissionais seja uma das ações prioritárias da política nacional do idoso (BRASIL, 2006c), isto ainda não foi implementado a

conteúdo. Lima-Costa *et al.* (2011) ressaltaram que em comparação aos anos anteriores, há melhorias em algumas dimensões da saúde do idoso, associadas à expansão das atividades da Atenção Primária no Brasil.

Um único médico afirmou conhecer a avaliação multidimensional do idoso, instrumento que permite realizar um diagnóstico da saúde do idoso considerando aspectos biológicos, psíquicos, sociais e funcionais, além do exame físico específico para idosos, e que foi proposto como o ponto inicial da atenção à saúde da pessoa idosa na Atenção Primária (BRASIL, 2006a). Porém, mesmo conhecendo, esse profissional não se utilizava da avaliação multidimensional. Uma única médica referiu fazer avaliação de dependência do idoso.

Trabalho multiprofissional

Mais da metade dos entrevistados destacaram a importância da ação de outros profissionais da saúde na ESF, como os recentemente incorporados a partir da criação dos Núcleos de Apoio da Saúde da Família (NASF), em 2008. O NASF se propõe a dar suporte às equipes básicas da ESF, a partir da atuação de vários profissionais da saúde como fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, psicólogo, assistente social, farmacêutico, educador físico e outros (BRASIL, 2008).

Apesar do reconhecimento dessa importância, em nenhum momento há referência a ações desenvolvidas conjuntamente entre o médico e outros profissionais. Ou seja, do mesmo modo como o médico não se percebe participando de um trabalho coletivo, também não há um movimento no sentido de buscar uma atuação multiprofissional, reforçando uma representação social do trabalho médico como uma ação individualizada, sem interação com outros profissionais.

Concepções sobre velhice

Sete dos entrevistados consideraram idosas aquelas pessoas com idade acima de 60 anos, mas 1 classificou como idosas pessoas com mais de 50 anos e 2 chamou de idosas pessoas com idade acima de 65 anos. No entanto, a delimitação da velhice a partir de uma contagem dos anos de vida é uma questão bastante discutível. O Estatuto do Idoso estabelece que pessoas com idade acima de 60 anos têm prioridade no atendimento (BRASIL, 2003).

Um entrevistado relatou não estabelecer a prioridade do idoso nos atendimentos na ESF, mas no seu consultório especializado ele faz esse tipo de priorização, demonstrando, assim, uma atuação diferenciada em função das suas distintas inserções de trabalho.

Além das concepções sobre a velhice relacionadas à idade, surgiram concepções que relacionam a ideia de velhice às dificuldades de deslocamento, devidas a alguma doença ou a incapacidades relacionadas ao avanço da idade. Estas dificuldades foram referidas por quatro dos dez entrevistados, enquanto os outros seis relacionaram a velhice a um conjunto de limitações mais amplo. Entretanto, está em curso uma mudança de paradigma de que todo idoso é frágil, para outro que considera possível envelhecer de forma saudável (RIBEIRO, 2011). Para o profissional que atende um idoso, não conseguir perceber os ganhos acumulados, e não poder reconhecer que a velhice é uma etapa pela qual todos os que não morrem precocemente passarão pode se constituir no obstáculo real para o desenvolvimento de uma atenção à saúde que não se resume a tratar sintomas, e que se propõe a contribuir para que o sujeito idoso construa seu próprio projeto de felicidade e saúde nessa etapa da vida.

Assim como no Japão, no Brasil há um número cada vez maior de idosos que moram sozinhos. Este dado pode ser entendido como símbolo de autonomia e liberdade (SCOTT, 2002). Solidão e abandono foram citados por quatro dos dez médicos ao se referirem à velhice. Já outros quatro médicos fizeram comentários sobre a importância da família durante o processo do envelhecimento e adoecimento. A convivência com doença crônica gera sofrimentos nas famílias (FERREIRA *et al.*, 2010).

A sociedade costuma discriminar os idosos e conseqüentemente há grandes obstáculos na comunicação com eles (FREITAS; TAVARES, 2010). Um dos entrevistados destacou a não adequação dos idosos ao mundo globalizado, enquanto outros disseram que alguns idosos são rebeldes e possuem maior resistência na adesão às condutas de saúde sugeridas.

Alguns médicos fizeram comparações entre a velhice e infância, sugerindo uma semelhança nas características destas duas fases da vida. O médico com essa representação agirá de forma similar com sujeitos nesses dois estágios do desenvolvimento humano e assim poderá tratar um idoso como uma criança, o que seria

um desrespeito. O fato dos idosos serem mais lábeis em termos de humor, mais suscetíveis a doenças, acidentes e violência, e ainda de apresentarem falhas de memória ou de coordenação motora não os tornam crianças. Tomá-lo assim é negar o seu passado e, assim, negar a sua existência presente, antecipando simbolicamente a sua morte (DEBERT, 2006).

Ser idoso repercute diferentemente em cada vida, portanto a dinâmica de viver e sentir-se velho está relacionado às crenças, planos, desejos e experiências (ALMEIDA; MOCHEL; OLIVEIRA, 2011). Uma médica citou a dificuldade de sentir-se envelhecendo. Outros falaram de experiências de vida correlacionadas à velhice, considerando as percepções e temores em relação à morte, e aos sintomas e limitações manifestadas sob influência do tempo.

Considerações Finais

Apesar das diferenças encontradas entre os sujeitos quanto a sexo, idade, tempo de atuação na Atenção Primária e formação, as representações sociais sobre atenção à saúde do idoso na ESF reforçaram a influência das suas práticas profissionais e da formação na qual eles foram qualificados. O idoso ora foi visto como um hipertenso, diabético ou portador de alguma outra doença crônica, ora como um paciente que necessita de conversa, como rebelde e ora comparado a uma criança.

O atendimento médico ao idoso, descrito pelos entrevistados, encontra-se centrado na presença ou não das doenças crônicas principalmente HAS e DM. As atividades coletivas não foram reconhecidas como essenciais ou importantes e não são valorizadas como a consulta ambulatorial que constituiu a ação principal desses profissionais. A visita domiciliar foi descrita apenas como uma consulta fora do ambulatório.

O discurso da educação na promoção de saúde encontra-se carregado de imposição de saberes. Os médicos assim determinaram o que era ideal quanto à alimentação e exercícios físicos e não se percebe a abordagem centrada na cultura local. Em nenhuma fala continha temas como alterações do sono, tabagismo, alcoolismo, uso de benzodiazepínicos que podem estar presentes no processo do envelhecimento e que

influenciam na saúde dos idosos. O conceito de saúde dos entrevistados encontra-se centrado na doença. Os problemas dos idosos percebidos por eles guardam relação com patologias e assim problemas socioeconômicos não são identificados como principais.

Todos os entrevistados fizeram algum tipo de crítica ao serviço de saúde em questão. Foram citados os pacientes problemáticos, problemas em relação à ESF em si, o preconceito em trabalhar nessa estratégia de saúde, a falta de investimento neste setor e dificuldade de transporte para realizar visita domiciliar, o grande número de consultas por dia, o grande número de pessoas vinculadas a sua equipe, a falta de alguns medicamentos, dificuldades em marcação de exames, a estrutura precária da unidade de saúde e a dificuldade na referência do serviço de atenção secundária à saúde local. As dificuldades relacionadas à gestão e ao serviço em si foram bem definidas e bastante exemplificadas. No entanto, ao se fazer uma autoavaliação de suas ações, os médicos parecem considerá-las positivas.

A satisfação em atender o idoso se encontrava relacionada à passividade agradecida dos idosos ao serem atendidos. A avaliação multidimensional do idoso, que deveria ser aplicada pelos profissionais, não era utilizada por nenhum deles. Itens importantes da avaliação global da saúde do idoso, como checagem da visão, audição, atividades de vida diária, memória, risco de quedas e sexualidade, não foram citados por nenhum dos entrevistados. Assim, pode-se afirmar que uma avaliação preventiva de detecção precoce de agravos que podem acometer os idosos não é realizada. No entanto, nem todos identificaram a necessidade de capacitação para atender adequadamente o idoso e abordar o envelhecimento.

A ação multiprofissional na ESF foi citada como importante pelos entrevistados; porém, se percebe um distanciamento das ações dos outros profissionais e das ações dos médicos. Não existe um trabalho de equipe; existem funções distintas destinadas a cada tipo de profissional, sendo executada de forma independente.

Ao se falar em velhice, destacaram-se, nas falas, as limitações e dificuldade de deslocamento, a solidão e o abandono, a não adequação dos idosos ao mundo globalizado, a rebeldia de alguns idosos, a dificuldade de adesão às condutas de saúde sugeridas, a violência sofrida por alguns deles, a dificuldade de sentir-se envelhecendo e a morte. Percebeu-se, assim, a representação social da associação da velhice a eventos negativos no percurso da vida.

A abordagem do serviço de saúde centrado na doença e na consulta ambulatorial, privilegiando as doenças crônicas comuns na velhice, a não participação em ações com outros profissionais da saúde, a não utilização da avaliação multidimensional do idoso e uma visão negativa da velhice foram as principais características das concepções dos médicos entrevistados neste estudo. Percebeu-se uma boa identificação dos entrevistados em relação à atenção à saúde do idoso; no entanto, na prática, o acompanhamento de idosos pelos médicos precisa de capacitação profissional para melhoria do suporte técnico necessário e mudanças organizacionais da equipe da ESF para assim tornar-se digno a essa parcela da população que vem deixando às novas gerações o seu legado de vida e experiência. Nossos idosos merecem melhorias no cuidado e na atenção recebidos pelos profissionais da saúde. ■

Referências

ALMEIDA, P.M.; MOCHÊL, E.G.; OLIVEIRA, M.S.S. O idoso pelo próprio idoso: percepção de si e de sua qualidade de vida. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 13, n. 3, mar. 2011, p. 99-113.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; FONSECA, C.D. A Estratégia de Saúde da Família. In: DUNCAN, B.B. *et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 88-100.

BRASIL. *Estatuto do Idoso*. Lei 10741 de 1º de outubro de 2003.

_____. Ministério da Saúde. *Criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Portaria GM nº 154. Diário Oficial da República

Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 de março de 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Normas e Manuais Técnicos: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Caderno de Atenção Básica, n. 19, Série A. Brasília, DF, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. *Pacto pela Saúde*. Portaria GM nº 399. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 de fevereiro de 2006a.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional da Atenção Básica*. Portaria GM nº 648 de maio de 2006b.

- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Portaria GM nº 2.528 de outubro de 2006c.
- _____. Ministério da Saúde. *Sistema de informação da atenção básica*. Meta e evolução de equipes de saúde implantadas. 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>. Acesso em: 12 ago. 2009.
- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAÚDE (CEBES). 35 anos de luta pela Reforma Sanitária: preservando o interesse público na saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 91, out./dez. 2011, p. 644-649.
- COMISSÃO ORGANIZADORA DA 14ª CNS. Carta da 14ª Conferência Nacional de Saúde à sociedade brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 91, out./dez. 2011, p. 650-653.
- DEBERT, G.G. Antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: BARROS, M.M.L. (Org.). *Velhice ou terceira idade?* Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 49-67.
- FERNANDES, M.G. O cuidado com o idoso no Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, João Pessoa, v. 10, n. 3, set./dez. 2006, p.253-262.
- FERREIRA, N.M.L.A. et al. Doença crônica: comparando experiências familiares. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 85, abr./jun. 2010, p. 236-247.
- FREITAS, A.V.S; TAVARES, J.L. Cidadania e participação social do idoso: acesso à comunicação em saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 84, jan./mar. 2010, p. 87-92.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo populacional*. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 jul. 2011.
- JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001. p. 17-44.
- LIMA-COSTA, M.F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. Editorial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, jun. 2003.
- LIMA-COSTA, M.F. et al. Tendências de dez anos das condições de idosos brasileiros: evidências da PNAD (1998, 2003, 2008). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, 2011, p. 3689-3696.
- MARQUES, J.B. et al. O serviço de saúde pública em Juazeiro do Norte na visão dos idosos. In: NOBREGA-THERRIEN, S.M.; ALMEIDA, M.I.; ANDRADE, J.T. *Formação diferenciada: a produção de um grupo de pesquisa*. Fortaleza: Editora UECE, 2009. Cap.12, p. 235-250.
- MINAYO, M.C.S. (Org.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 21. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002.
- MOTTA, L.B.; AGUIAR, A.C.; CALDAS, C.P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, abr. 2011, p.779-786.
- NASCIMENTO, A.P.S.; SANTOS, L.F.; CARNUT, L. Atenção Primária à Saúde via estratégia da família no Sistema Único de Saúde: introdução aos problemas inerentes à operacionalização de suas ações. *Journal of Management and Primary Health Care*, Olinda, v. 2, n. 1, 2011, p. 18-24.
- NUNES, M. A construção social simbólica do envelhecimento. *Revista Portal de Divulgação*, São Paulo, n. 12, jul. 2011, p. 7-14.
- OLIVEIRA, F.A.; PELLANDA, L.C. A consulta ambulatorial. In: DUNCAN, B.B. et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap.11, p. 125-130.
- RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano. São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, maio/jun. 2003, p. 793-798.
- RIBEIRO, R.N. A reconstrução da velhice: ações políticas e sociais no mundo e no Brasil. *Revista de Estudos Universitários*, Sorocaba, v. 37, n. 1, jun. 2011, p. 295-310.
- SCOTT, R.P. Envelhecimento e juventude no Japão e no Brasil: idosos, jovens e a problematização da saúde reprodutiva. In: MINAYO, M.C.S., COIMBRA JR, C.E.A., (orgs.). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 103-127.
- SILVA, C.M.C. et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010, p. 2539-2550.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Tradução da edição revisada e publicada em inglês, 1998. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco/DFID, 2004.
- TAVARES, M. A prática da Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B.B. et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap.8, p. 101-106.
- TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E.X.G; VIACAVA, F. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2008, p. 34-48.

Recebido para publicação em Março/2012

Versão definitiva em Junho/2012

Suporte financeiro: Não houve

Conflito de interesses: Inexistente