

Percepções dos profissionais da saúde da família a respeito da atenção à pessoa idosa em Teresina-PI

Perceptions of the professionals of the health of the family regarding the attention to the elderly in Teresina-PI, Brazil

Maria do Socorro Silva Alencar¹
Ana Livia Ibiapina Leite²
Sammia Valeska Ferreira Memoria³
Josyléia Martins Sales de Sousa³

Resumo

Estudo descritivo, exploratório e de campo desenvolvido no Curso de Especialização em Saúde da Família, em 2007, para conhecer a percepção da equipe de saúde da família sobre a atenção à pessoa idosa, em uma unidade mista de saúde em Teresina-PI. Serviu-se da abordagem qualitativa com entrevistas semiestruturadas gravadas e transcritas e da observação *in loco*. Os sujeitos foram os profissionais das quatro equipes da unidade: agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, odontólogo e médico. Após leituras e releituras das entrevistas, estas foram ordenadas e analisadas em três categorias temáticas: *percepções* sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; *percepções* sobre as condições de saúde dos idosos; *percepções* sobre suas atitudes promocionais e preventivas ao envelhecimento ativo e saudável. As ações ainda não são norteadas no paradigma da capacidade funcional, como prevê a política de saúde. Embora as equipes se esforcem na atenção dos idosos e famílias, as atitudes são tímidas, isoladas e fragmentadas no município.

Palavras-chave: Pessoa Idosa. Percepções. Saúde da Família. Políticas Públicas.

Abstract

It is a descriptive and exploratory field study developed in the Specialization Course on Family Health, in 2007, to know the perception of the family health team about the attention to the elderly, in a mixed health unit in Teresina, State of Piauí. It employed the qualitative approach with recorded and transcribed semi-structured interviews, and the observation *in loco*. The subjects were the professionals of the four teams of the unit: community health agent, nursing assistant, nurse, dentist and doctor. After readings and re-readings of the interviews, these were analyzed and organized in three thematic categories: *perceptions* on the National Policy of Health of the Elderly; *perceptions* on the conditions of health of the aged ones; *perceptions* on its promotional and preventive attitudes to the active and healthful aging. The actions are not yet guided by the paradigm of the functional capacity, as recommended by the health politics. Although the teams try to improve attention to the elderly and their families, the attitudes are shy, isolated and scattered in the city.

Key words: Elderly. Perceptions. Health of the Family. Public Policies.

¹ Universidade Federal do Piauí. Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Nutrição SG 13. Teresina, PI, Brasil.

² Secretaria de Saúde do Estado do Piauí. Teresina, PI, Brasil.

³ Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí. Teresina, PI, Brasil.

Correspondência / Correspondência

Maria do Socorro Silva Alencar
Universidade Federal do Piauí, Centro de Ciências da Saúde - CCS, Departamento de Nutrição SG 13. Campus Ministro Petrônio Portella, s/nº
64049-550 - Teresina, PI, Brasil
E-mail: mary_helpsa@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O artigo tem como objetivo conhecer as percepções dos profissionais da equipe de saúde da família sobre a atenção à pessoa idosa em uma unidade mista de saúde de Teresina-PI. Questiona-se esta atenção no serviço de saúde em relação às ações para o envelhecimento ativo e saudável, tomando como parâmetro o desempenho da equipe multiprofissional em consonância às prerrogativas das políticas públicas do campo da saúde.

Para além do registro em si dessas percepções, busca-se a interlocução com outros atores e instituições que se preocupam com o envelhecimento atual. Portanto, busca também reforçar o movimento social que discute a implementação da atenção ao idoso na estratégia de saúde da família no município.

A atenção ao público idoso tem como parâmetro as ações e procedimentos legais, formulados por diferentes agentes políticos, dentre as quais a Lei nº 8.842/94 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI); o Decreto nº 1.948/96, que regulamenta esta lei; a Lei nº 10.741/03, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)¹⁻⁴.

Esse conjunto de políticas preconiza, para o setor de saúde, a implementação de ações que busquem a promoção do *envelhecimento ativo e saudável*. Por sua vez, a PNSPI tem como eixos os idosos independentes e os idosos frágeis ou em processo de fragilização. Este último é o alvo da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na estratégia de saúde da família (ESF). Esta estratégia, criada em 1994 pelo Ministério da Saúde, no âmbito federal, apoia-se na participação e responsabilidade das esferas estaduais e municipais^{2,3,5}. Assim, as diretrizes desta política estão baseadas no paradigma da *capacidade funcional*, no qual o alcance do envelhecimento saudável, requer ações capazes de manter e melhorar a vida do idoso a partir da prevenção de doenças e recuperação da saúde, bem como garantir a convivência do mesmo no meio social, especialmente de forma autônoma e independente em suas ações cotidianas⁴⁻⁷.

Daí a ESF ser vista como o mecanismo preponderante voltado aos princípios básicos referentes à atenção da população desde a infância até a velhice. No tocante à velhice, a PNAB⁵ e o Caderno de Atenção Básica nº 19⁶ apontam para a abordagem das mudanças fisiológicas próprias do envelhecimento e a identificação antecipada das alterações fisiopatológicas que possam vir a ocorrer. Isso é possível se houver a avaliação multidimensional da *capacidade funcional*, entendida “como um novo paradigma de saúde, no qual o envelhecimento saudável resulta da interação entre saúde física, saúde mental, integração social, suporte familiar e independência econômica”⁷. Requer, portanto, dos agentes políticos envolvidos na saúde da família, a tomada de atitudes para as mudanças necessárias na gestão da saúde existente, tais como conscientização dos gestores para estruturação e organização dos serviços, dos recursos humanos (em particular, capacitação de profissionais em gerontologia social) e materiais; estruturação dos sistemas de referência e contrarreferência; respeito aos princípios do SUS, além de avaliação das ações que permeie a efetivação dessas políticas^{8,9}.

Apesar de todo esse avanço nas leis específicas que anteparam a pessoa idosa e dos avanços da medicina e da saúde pública do século anterior, que contribuíram para o atual envelhecimento dos brasileiros, os esforços para a implementação da saúde do idoso são pontuais e desarticulados, como afirmam Veras et al.¹⁰. Verifica-se também que a maioria das atitudes no cotidiano dos serviços ainda não vislumbra essa atenção segundo o paradigma da *capacidade funcional*^{7,9}.

Disso resultam uma assistência fragmentada e interligada apenas ao declínio do processo biológico, centrada nas ações de cunho curativo em detrimento das ações de prevenção e promoção da saúde^{9,10}. Por isso, o envelhecimento atual desafia o Estado, a sociedade, a família e, principalmente o sistema de saúde, não apenas pelo impacto do cenário estatístico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, que demonstrou uma elevação de aproximadamente 17 milhões entre as pessoas com 60 anos e mais, correspondendo a 9,6% da população brasileira,

mas sobretudo pelas profundas implicações nas políticas de seguridade social - a Assistência, a Previdência e a Saúde^{6,11-13}.

E, ao que se sabe, os fóruns nacionais têm realçado o despreparo do Estado, sociedade e família no tocante à questão, embora algumas propostas, seja no campo das ações governamentais, na iniciativa privada ou filantrópica ou no espaço acadêmico, já comecem a ter alguma visibilidade na atenção à pessoa idosa.

METODOLOGIA

O artigo resulta de uma pesquisa descritiva, exploratória e de campo, a partir do projeto “O Idoso e a Atenção Básica: percepção dos profissionais de uma unidade mista de saúde de Teresina-PI”, do Curso de Especialização em Saúde da Família. Foi realizada em 2007, tendo como cenário uma unidade mista de saúde da zona norte deste município, escolhido por conveniência, o qual congrega quatro equipes de saúde da família, sendo duas do próprio bairro e duas de áreas circunvizinhas.

As equipes atendem mensalmente a uma demanda em torno de 1.350 adultos com 60 anos e mais; cada uma é composta pelos seguintes profissionais: um médico, um enfermeiro, um dentista, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar de consultório odontológico e seis agentes comunitários de saúde, sendo cada agente responsável por uma microárea. Os usuários dos serviços apresentam demandas diferenciadas, uma vez que a unidade tem caráter misto (serviço de maternidade e de unidade de saúde) com ações terapêuticas, de prevenção e de promoção.

Valeu-se da abordagem qualitativa, definida por Minayo¹⁴ como aquela que responde “a questões muito particulares, do campo das ciências sociais, que se preocupa com o nível da realidade que não pode ser quantificado, nem reduzido à operacionalização de resultados”.

A abordagem qualitativa volta-se para dados que são produzidos pelas interações interpessoais,

provenientes da coparticipação das situações em que os informantes estão envolvidos, onde o pesquisador dar ênfase à análise do conjunto de sentidos e significações que estes atribuem a seus atos. Requer sua participação e envolvimento na realidade investigada para compreendê-la e interpretá-la a partir dos objetivos do seu estudo^{15,16}.

O procedimento de coleta das informações utilizou-se da entrevista semiestruturada, recurso que favorece uma interação do entrevistador com o entrevistado e oportuniza a observação não só do entrevistado, como da situação como um todo na obtenção de informações. Os dados produzidos ainda não foram registrados ou documentados, uma vez que se utilizam as respostas (discursos) para construção de um novo conhecimento sobre o objeto de estudo^{14,15,17}.

A mesma é vista como uma articulação entre a entrevista estruturada e a não-estruturada, pode deixar o entrevistador livre para explorar pontos de interesse ao longo do processo, proporcionando maior flexibilidade e consequente enriquecimento da investigação¹⁴. Foram gravadas em MP3 *player* com posterior transcrição e análise dos discursos, até ocorrer a saturação das informações. O uso do gravador evita a perda de informações, portanto, é um recurso adequado ao registro de todos os dados úteis à pesquisa¹⁵. Além disso, acompanharam-se as atividades de campo dos profissionais, o que possibilitou melhor observação, análise e interpretação das informações deste estudo.

A escolha dos entrevistados envolveu as quatro equipes, das quais foram selecionados profissionais das seguintes categorias: agente comunitário de saúde, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, odontólogo e médico. Os anos de profissão dos sujeitos do estudo variaram de três a 20 anos e o tempo de trabalho na equipe, de dois a oito anos.

Foram respeitados os direitos de participação na pesquisa, considerando-se como critérios de inclusão: profissional estar na equipe há pelo menos um ano e desempenhar atividades junto aos idosos. Todos os sujeitos

foram informados dos objetivos do estudo, tendo-lhes sido garantidos o anonimato e o direito de desistir de participar a qualquer momento. Ao aceitar, assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido que informava todo o processo da pesquisa, segundo os princípios norteadores dispostos na Declaração de Helsinki e na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde¹⁸. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição de ensino superior (protocolo nº 0116.0.043.000-06).

Os discursos foram descritos, analisados, interpretados e categorizados por relevância temática, o que, segundo Minayo,¹⁴ é um método que envolve elementos ou aspectos que apresentam características comuns ou que se relacionam entre si, podendo ser estabelecidas antes do trabalho de campo e, ou, na fase de obtenção das informações. Neste estudo, definiram-se as categorias simultaneamente à descrição dos discursos, otimizando-se assim, a análise e interpretação das mesmas.

Por isso, o momento de produção das informações proporcionou às pesquisadoras a compreensão dos sentidos e significados que cada pesquisado atribuiu ao cuidado da pessoa idosa, nesse nível da atenção à saúde, bem como a observação das atitudes dispensadas a mesma durante o atendimento oferecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As percepções dos profissionais sobre a atenção à pessoa idosa agregam as questões levantadas nas entrevistas em consonância com o leque de informações pertinentes e relevantes sobre o envelhecimento, no campo da promoção da saúde. Foram importantes instrumentos para se compreender como ações estão sendo construídas, para fazer frente às demandas do público idoso, em uma realidade específica e como os profissionais percebem essas atitudes em prol da atenção a esse contingente da população, no atual modelo de saúde pública.

A análise e interpretação dos discursos, bem como as observações *in loco*, permitiram ordená-los em três categorias: *percepções* sobre a política nacional de saúde da pessoa idosa; *percepções* sobre as condições de saúde dos idosos; e *percepções* sobre suas atitudes promocionais e preventivas para o envelhecimento saudável.

Percepções (dos profissionais) sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI

Apreende-se que a equipe multiprofissional já esboça algum conhecimento sobre a necessidade de implementar medidas na ESF que possa nortear a discussão da gestão da atenção, ora existente, e orientar a participação do idoso quanto às questões de saúde, como observam os depoentes:

“a pessoa está sendo vista, valorizada, já conquistando seus direitos, inclusive na Constituição o idoso praticamente não existia [...] hoje nas diretrizes do SUS está como primeiro...” (D2).

“(...) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem grande preocupação em manter esse idoso com sua capacidade funcional satisfatória” (D4).

Demonstraram elementos que existem legalmente e que podem servir de base às ações de saúde na ESF, no intuito de prevenir doenças e/ou incapacidades no período da velhice, tendo em vista a manutenção da *capacidade funcional* dos idosos, principal diretriz da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa^{4,6,7,19}.

Observa-se, ainda, que o crescimento demográfico no país descortina implicações para as políticas de seguridade social, saúde, assistência e previdência social, além das condições socioeconômicas e culturais em que o envelhecimento da população vem se consolidando:

“[...] na verdade sabemos que ainda tem muito preconceito. Sempre se acha que o idoso não tem consciência e depende muito das outras pessoas, ainda termina as pessoas não acompanhando e valorizando o idoso. Sempre acha que ele é uma pessoa marginalizada, que não está contribuindo...” (D3).

Apesar de a constatação precedente ratificar o despreparo do Estado, da sociedade e da família com o envelhecimento, desrespeitando-o e desvalorizando-o, ao exaltar a cultura do novo, do imediato e do efêmero, os estudos demonstram que o crescimento da população idosa no país, neste curto espaço de tempo, modificou, em aproximadamente 15 anos o perfil da população brasileira, que até a década de 1970 credenciava o Brasil como um país de jovens^{6,12,13,20}. Por isso, têm mudado as perspectivas e atenções destinadas a esse segmento etário.

Tal cenário propiciou, por parte das autoridades governamentais, em especial na esfera federal, o desenvolvimento de políticas destinadas à promoção de um envelhecimento ativo e saudável, fato este que começa a ser discutido nas ações do campo da atenção básica^{4,5,7}.

Os depoimentos e as observações no ambiente inquirido, mediados na rotina dos profissionais, reafirmam que as querelas do envelhecimento populacional constituem desafio atual para governo e sociedade, por se tratar de uma questão multidimensional e multifacetada, uma vez que é influenciado por diversos fatores, tais como: o ambiente físico e funcional com as relações intergeracionais; a relação profissional de saúde com a pessoa idosa; profissional de saúde com os familiares; a história clínica (aspectos biológicos, psíquicos, funcionais, bem como do exame físico) e condições socioculturais^{7,19,21,22}.

Embora os profissionais investigados não apresentem uma qualificação no campo gerontológico, transversalmente aos relatos, verifica-se que há certa preocupação quanto à importância do trabalho voltado às necessidades da pessoa idosa, na medida em que eles se colocam sobre a questão do venha a ser o envelhecimento saudável:

“não que a pessoa tenha que ser 100% saudável, mas que ela possa desfrutar de uma vida legal, ela possa realizar seus desejos, nas condições financeiras dessa pessoa e, que seja feliz, acho que é basicamente essa realidade” (D5).

Ou seja, como afirma Ramos⁷, o envelhecimento agregado às diferentes formas de

viver à velhice, considerando as diferenças socioeconômicas, de gênero e educacionais.

Atitudes dessa natureza podem despertá-lo para um convívio social mais ativo, com maior prazer em viver, além de contribuir na preservação, manutenção ou melhoria da sua *capacidade funcional*^{4,7}. Pode também despertar a equipe da atenção básica para as atividades coletivas da instituição, ou ainda, somadas ao apelo dos demógrafos e dos gerontólogos, apontar para as mudanças que visem à melhoria da qualidade de vida daqueles que procuram o serviço. Este fato talvez possa facilitar a inclusão dos mesmos na ESF, tendo em vista o cuidado mais qualificado à pessoa idosa.

Assim, a PNAB predispõe que o trabalho das equipes da saúde da família (na atenção básica) inclua as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo, a participação nas redes sociais dos usuários, como recursos indispensáveis para a atuação nas dimensões cultural e social^{4,6}.

Na prática desta unidade, o trabalho das equipes constitui-se por demanda espontânea ou por busca ativa (identificada por meio de visitas domiciliares), no qual o agente comunitário de saúde (ACS) assume papel preponderante. Segundo o Ministério da Saúde²³, o ACS é capacitado para interagir com as famílias visitadas por ele, os membros da equipe e o serviço. Ou seja, é tido como o facilitador das orientações de prevenção de agravos e doenças e de promoção da saúde das mesmas. Espera-se que os profissionais que atuam na atenção às famílias estejam preparados para o processo de diagnóstico multidimensional dos idosos^{4,7,23}.

É mister destacar que todo o trabalho da equipe de atenção básica da saúde da família deve buscar sempre a autonomia dos usuários frente a suas necessidades que otimizem as condições para melhoria da qualidade de vida das famílias^{3-6,23,24}.

Além disso, o pacto pela saúde, visando a superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, preconiza que o município organize sua assistência a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação

da gestão, referendado nas três dimensões das esferas do SUS – pacto pela vida, pacto de gestão e pacto em defesa do SUS. Para tal, estabeleceram-se metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais, sendo que as prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local^{5,24}.

Isso é reafirmado pela PNAB quando são ressaltadas as seis prioridades que os estados/região/município devem pactuar nas ações necessárias ao alcance das metas e dos objetivos: saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; fortalecimento da atenção básica^{5,24}.

Aos gestores do SUS compete planejar as ações para o enfrentamento do envelhecimento contemporâneo, norteadas na saúde do idoso, na promoção da saúde e no fortalecimento da atenção básica. Compromisso frente à atual situação da saúde da população brasileira, promulgado no pacto em defesa da vida, que constitui um conjunto de compromissos que deverão se tornar evidências nos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um²⁴.

Percepções sobre as condições de saúde dos idosos

Outra abordagem evidenciada pelos investigados sobre a atenção ao idoso refere-se aos condicionantes de saúde, os quais incorporam aspectos relevantes que possam interferir diretamente na *capacidade funcional*, ou seja, pode-se afirmar que a saúde, especialmente da pessoa idosa, onde há uma sutil diferença entre o fisiológico e o patológico, sofre influência de agravos como hipertensão, diabetes, dentre outros:

“[...] é elevado os casos de hipertensão, diabetes e doença nos ossos” (D1),

“[...] artrite reumatóide, e alterações cardiovasculares...” (D3).

Os relatos reafirmam que os idosos atendidos pelas equipes multidisciplinares apresentam condicionantes que coexistem com o envelhecimento. Segundo achados de outras pesquisas, as enfermidades, especialmente os agravos e doenças não-transmissíveis (DANT), são uma constante na fase da velhice. Como afirma Ramos⁷, “apesar da maioria dos idosos portarem, pelo menos, uma doença crônica” isso não se caracteriza como fator que o impede na realização das suas atividades cotidianas e instrumentais de vida diária.

Este panorama provém do Programa de Controle de Hipertensão Arterial e Diabetes (HIPERDIA) do serviço. Face às complicações que podem advir em longo prazo, as equipes orientam os usuários deste programa, sobre intervenções terapêuticas individualizadas e coletivas, necessárias para minimizar tais complicações. Por isso, o acompanhamento frequente nas consultas e nas visitas domiciliares requer a educação em saúde de forma mais eficiente.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais crônicas. É responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC) e 25% das mortes por doença arterial coronariana. Em combinação com o diabetes (também mencionado por D1), representa 62,1% do diagnóstico primário de pessoas submetidas à diálise. Entre as pessoas idosas, a HAS é altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% desta faixa etária⁶.

Outro condicionante apontado nas falas relaciona o estilo de vida saudável dos usuários à adoção de cuidados com a alimentação, a prática de exercícios físicos regulares e, em alguns casos, ao uso correto da medicação:

“[...] a gente procura dar informações sobre dieta, sobre exercícios físicos, o próprio tratamento correto...” (D5).

Dessa forma, os condicionantes de saúde podem ser compreendidos em consonância com as diretrizes da PNSPI, no que concerne ao envelhecimento ativo e saudável, uma vez que preconizam as ações outrora relatadas como imprescindíveis à qualidade de vida na etapa da velhice^{4,7,19}.

Nesta perspectiva, a busca pela saúde é algo inerente ao ser humano. Acompanhando esse pensamento, o envelhecimento saudável faz menção ao cuidar e à atenção necessária nessa fase da vida, até porque as falas realçam as reais condições do processo saúde-doença dos usuários deste serviço.

O contato direto com os profissionais nas entrevistas possibilitou a descrição de vários fatores que, segundo estes, são indicativos das condições de saúde do idoso e, por isso, são sempre considerados nos momentos de interação, quer seja na consulta médica e/ou de enfermagem ou nas atividades de promoção da saúde (orientações nutricionais e de atividade física; eventos educativos e visitas domiciliares), possibilitando, desta forma, aos profissionais, uma avaliação do estilo de vida atual, bem como das doenças instaladas, pela sua evolução ou pela eficácia do tratamento.

Pode-se observar, também, a partir de D5, que as equipes já incluem algumas orientações educativas na atenção dispensada a esse usuário do HIPERDIA, recomendações estas, legitimadas na política de saúde⁴. Mas, o que Ramos⁷ e as diretrizes da PNSPI⁴ advertem para a atenção à pessoa idosa é que esta tenha sua autonomia e independência preservadas, mesmo portando um ou mais agravos ou doença.

Percebe-se que é imprescindível uma postura pró-ativa dos idosos nas mudanças do estilo de vida e que a equipe de saúde deve procurar preservar a autonomia dos idosos, na medida em que compartilha informações importantes (sobre dieta balanceada; prática de atividade física regular; otimismo; esclarecimentos sobre a doença; tratamento medicamentoso correto) à melhoria de sua saúde e não as impõe de forma dissociada da realidade.

Percepções sobre suas atitudes promocionais e preventivas para o envelhecimento saudável

A saúde não é apenas uma questão de assistência médica e de acesso a medicamentos. A promoção do estilo de vida saudável é uma ação estratégica preconizada na PNAB e PNSPI. Portanto, fazer valer esta estratégia em orientações que estimule a adoção de hábitos saudáveis poderá evitar os riscos provocados pela inatividade física, práticas alimentares errôneas, uso inadequado da medicação, tabagismo, dentre outros^{4,5,7}.

Sobretudo, porque enfermidade não é uma consequência inevitável da velhice, nem tampouco está limitada a esta população. Pelo contrário, o envelhecimento associa-se a um bom nível de saúde, em especial para aqueles que têm acesso a serviços de saúde. No entanto, esse acesso é um fator limitante nos países em desenvolvimento, em razão das desigualdades socioeconômicas e educacionais¹⁰.

Neste sentido, os benefícios da prática corporal/atividade física, bem como de uma dieta balanceada, são temas amplamente documentados e discutidos no meio científico. Por isso os profissionais indicam essas práticas de forma incisiva:

“Nós oferecemos orientação, atividades no posto e palestras” (D2), além de “Incentivar a se alimentar melhor, procurar o médico cedo pra fazer um check-up pra ver possíveis doenças para cuidar antes, cuidados com alimentação, higiene” (D1).

As equipes, neste estudo, apontam que a promoção, prevenção, manutenção e/ou, recuperação da saúde dos idosos está intimamente relacionada à incorporação, por estes, de um estilo de vida saudável, mediada pela compreensão e adoção das orientações profissionais. Contribuem assim, na melhoria do prognóstico das DANT, além de favorecer um prolongamento da vida ativa, ou seja, a pessoa idosa permaneceria por mais tempo autônoma e independente nas suas atividades de vida diária^{6,7,19}.

A ênfase nas ações de educação em saúde se configura, nesta experiência, como um importante balizador das ações previstas pela

PNAB no campo do envelhecimento, uma vez que proporciona uma relação de humanização entre a equipe e os demandatários do serviço. Ressalta o depoente:

“a gente tem promovido as reuniões de hipertensos e diabetes, sempre levando alguma mensagem de auto-estima, reforçando a importância de está fazendo o tratamento, dieta, atividade física, para ter e incentivar a boa qualidade de vida” (D3).

Trentini et al²⁵ explicitam que o “cuidado à pessoa idosa inclui a prevenção e o tratamento de agravos como: artrose, diabetes e hipertensão, sem desconsiderar a adoção de atividades laborais para mudar o modo de pensar a vida na velhice”. Este posicionamento não desconsidera o emaranhado social no qual o envelhecimento se constrói; há perdas biológicas, mas há outros elementos contextuais que desfavorecem o alcance do envelhecimento bem-sucedido em nosso país²⁵.

A velhice dos brasileiros possui características próprias de sua estrutura social, diferindo de região para região, considerando-se as múltiplas dimensões de ordem social, política, cultural e econômica²⁶. Mesmo assim, experiências demonstram que o investimento na atenção, sobretudo na prevenção de doenças e promoção de saúde, poderá propiciar ao indivíduo a exploração de suas potencialidades e consequente adesão ao trabalho da equipe. Considera-se que cada pessoa é um ser único, que ao longo de sua trajetória de vida foi influenciado por eventos de natureza fisiopatológica, psicológica, social, cultural e econômica, os quais serão decisivos na velhice bem ou malsucedida^{19,25-27}.

Com essa perspectiva, os depoentes ressaltam:

“nossa equipe começa a dar atenção na iniciativa das caminhadas, dos programas de saúde [...] notamos que eles têm uma melhoria na saúde” (D1).

“[...] basicamente à promoção de saúde para que este idoso venha minimizar suas incapacidades e uma destas promoções é a mudança de hábitos de vida,

com a finalidade de se ter um envelhecimento saudável” (D4).

“fazemos alongamento e depois 03 vezes caminhada e depois relaxamento e respiração [...] já fizemos passeio ao zoológico, ao encontro dos rios, onde eles participam” (D3).

No entanto, ainda encontram-se atitudes, por parte de profissionais, que valorizam apenas o tratamento médico, com ênfase no modelo biomédico, hegemônico e centrado na clínica, como o eco da seguinte fala:

“A qualidade de vida do idoso depois que foi implantado a ESF melhorou bastante, porque eles estão tendo esse acompanhamento, estão sendo orientados quanto a suas doenças, a tomar o medicamento certo [...] Então a estratégia veio melhorar mesmo e está melhorando a qualidade de vida desses idosos” (D2).

Por isso, o movimento de promoção de saúde veio, não para se opor, mas para preencher essa lacuna e propor uma abordagem mais estruturalista ao modelo biomédico, em que a prevenção e o tratamento das doenças, bem como a adoção de comportamento e estilo de vida saudável, requerem medidas de foro ambiental, econômico, sociocultural e legislativo para sua efetivação^{4,5}.

A implantação do ESF, neste cenário, sinalizou possíveis mudanças na vida dos idosos, muito embora não haja relatos que registrem a continuidade da atenção e, tampouco, fizeram alusão à interação entre as orientações (consultas; palestras, visitas domiciliares, procedimentos) desenvolvidas com os idosos e, entre os membros das equipes, na realização das mesmas.

Mesmo assim, a maioria destacou a sociabilidade do idoso como fator potencial para qualidade de vida, pois incluem as relações de convivência familiar, o estabelecimento do vínculo social com a comunidade (outros idosos e outras gerações), já que a saúde é um dos bens mais valorizados pelo indivíduo e de fundamental importância para qualquer sociedade.

CONCLUSÃO

No cenário atual, em que o processo de envelhecimento é tido como um aspecto cada vez mais marcante na sociedade brasileira, muitos são os interesses e as atenções que se voltam para a questão.

Pode-se evidenciar, a partir dos relatos, como os idosos estão sendo atendidos e que tipo de atenção recebem dos profissionais dessa unidade de saúde. Apesar do incentivo para maior autonomia e socialização dos idosos que possam contribuir para sua qualidade de vida, as iniciativas ainda são muito tímidas, isoladas e fragmentadas. Isso tem sido demonstrado também em outros estudos nacionais, nos quais a crítica recai sobre o tipo de atenção básica existente, o modelo de gestão em saúde e a falta de capacitação dos integrantes da equipe de saúde da família⁹.

A atenção está mais centrada na recuperação e tratamento, considerando que a demanda dos idosos provém do programa HIPERDIA, cujo objetivo recai sobre o controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus. Muito embora, incluam-se nesta atenção, atitudes que buscam discutir a autonomia e a socialização dos idosos que demandam o serviço^{4,7}.

Percebeu-se, ainda, que os profissionais de saúde, mesmo não sendo capacitados em Gerontologia social, esforçam-se em oferecer atendimento à pessoa idosa, considerando os princípios da atenção básica baseado nos princípios do SUS⁵, contudo a avaliação da *capacidade funcional*⁷ ainda não faz parte das ações no âmbito da estratégia saúde da família, no município de Teresina-Pi.

Por isso, as sucessivas discussões entre profissionais, gestores de saúde e a própria sociedade em torno do envelhecimento contemporâneo e da aplicabilidade das políticas públicas à pessoa idosa são um movimento em construção, que se configura em desafio ao Estado, sociedade, família e sistema de saúde. Movimento este que precisa também envolver os idosos, que são os principais protagonistas deste fenômeno atual, social e irreversível no cenário brasileiro.

Muito se tem a percorrer, apreender e discutir em conjunto, no sentido de ampliar e provocar as mudanças necessárias no atual modelo de saúde, que comporte a assistência à pessoa idosa. Mas a responsabilidade é de todos os que acreditam na ESF como porta de entrada dos serviços básicos para as famílias e suas demandas específicas.

No entanto, parafraseando Camargo Jr.²⁸, o maior desafio talvez seja o de “compatibilizar uma concepção abrangente de justiça social includente que possa ao mesmo tempo dar conta das especificidades de certas comunidades mais vulneráveis (entre elas as dos mais idosos) da população”.

AGRADECIMENTOS

Nossos agradecimentos a Francisco de Assis Silva Alencar, Técnico em Assuntos Educacionais do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia/PI, pela valiosa contribuição na revisão ortográfica e construção do abstract deste manuscrito, sem a qual o texto não teria a mesma densidade teórica.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1994 jan 04.
2. Brasil. Decreto 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1996 jul.03.
3. Brasil. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do idoso. Brasília: Senado Federal, Secretaria Especial de Editoração e Publicação, 2003. 63 p. [acesso 2009 jan.30]. Disponível em: < <http://www2.senado.gov.br/bdsf/item/id/70326> > .
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.528, 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências; 2006. [acesso 2009 jan. 30]. Disponível em: < <http://www.ciape.org.br/PolíticaIdosa2528.pdf> > .
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad. Saúde Pública; 2003, 19(3):793-97.
8. Peres EM. O programa saúde da família no enfrentamento das desigualdades sociais. Chía Colômbia; 2007,, 7(1):64-76.
9. Vieira E, et al. O Programa Saúde da Família sob o enfoque dos profissionais de saúde. RBPS; 2004,17 (3):119-26.
10. Veras RP, et al. Demographic characteristics of elderly people provided with supplementary health care. Rev. Saúde Pública; 2008, 42(3):497-502.
11. Giacomini KC, et al. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. Cad. Saúde Pública: Rio de Janeiro; 2005,21(1):80-91.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Contagem da população 2007. Rio de Janeiro, IBGE: 2007. [acesso 2009 jan.30]. Disponível em URL:<<http://www.ibge.gov.br>>.
13. Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Rev. Saúde Pública;1987,21(3):211-24.
14. Minayo MCS (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 26 ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2007.
15. Chizzotti A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 6 ed. São Paulo: Cortez; 2001.
16. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2a. ed. Petrópolis: Vozes; 2003.
17. Dencker AFM, Viá SC. Pesquisa empírica em ciências humanas (com ênfase em comunicação). 1 ed. São Paulo: Futura; 2001.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N. 196/96. Regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. 1996 out 10.
19. Silvestre JA, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro;2003,19(3):839-47.
20. Veras RP. A Longevidade da população: desafios e conquistas. Rev. Serviço social e Sociedade 2003; XXIV (75):5-18.
21. Alencar JE, Queiroz TA. Médicos de um programa de saúde da família e a assistência prestada ao idoso. In: Almeida MI, Nóbrega-Therrien SM. Temas em saúde da família: práticas e pesquisas. Fortaleza: Ed UECE; 2005.
22. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Py L, et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. Cap.6, p.58-70.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de

- gestão. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: Ed Ministério da Saúde; 2006.
25. Trentini M, et al. Enfretamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005; 13(1):38-45.
26. Silva MCQ. Programa de assistência à saúde do idoso em Manaus em nível ambulatorial: uma análise crítica. [dissertação]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas, Mestrado Interinstitucional da Capes Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane; 2004.
27. Diogo MJDE, Ceolim MF, Cintra FA. Implantação do grupo de atenção à saúde do idoso (GRASI) no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (SP): relato de experiência. *Ver. latino-am Enfermagem* 2000; 8(5):85-90.
28. Camargo Jr KR. A solidariedade social como utopia necessária. *Ciê. Saúde Coletiva* 2008; 13(4):1112-117.

Recebido: 26/11/2009

Aprovado: 03/9/2010

