

INTEGRALIDADE DO CUIDADO COM O IDOSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: VISÃO DA EQUIPE

Integrality of care for the aged in the family health strategy: the vision of the team

Integralidad del cuidado con el anciano en la estrategia de salud de la familia: visión del equipo

Aline Torres Coutinho¹, Regina Célia Popim², Karyn Carregã³ e Wilza Carla Spiri⁴

Recebido em 22/04/2013, reapresentado em 30/06/2013 e aprovado em 09/08/2013

Resumo

Tal estudo buscou compreender como vem sendo realizado o cuidado ao idoso em Unidade de Saúde da Família segundo a visão dos profissionais de saúde. Métodos: Estudo qualitativo, com a análise fenomenológica social de Alfred Schutz. Resultados: Foram entrevistados sete profissionais de nível superior por meio de questão norteadora. A análise possibilitou evidenciar: cuidados pautados em programas de saúde, com prejuízo da integralidade do cuidado e da clínica ampliada, e visão das necessidades e perspectivas do cuidado integral. Conclusão: O estudo revela a necessidade de avançarmos no cuidado ao idoso. Os profissionais reconhecem o envelhecimento da população e apontam a necessidade de capacitação para o cuidado. A educação dos trabalhadores se dá como ponto de partida para a mudança. Também é preciso que os gestores e o Estado organizem uma rede de cuidado que inclua a pessoa idosa, com ofertas de serviços de acordo com a demanda apresentada.

Palavras-chave: Idoso. Saúde da família. Assistência integral à saúde.

Abstract

Objective: The study aimed to understand how care for the aged has been accomplished at Family Health Units according to health professionals. Methods: Qualitative study, using social phenomenological analysis according to Alfred Schutz. Results: Seven professionals with a higher education degree were interviewed with the help of a guiding question. Based on the analysis, the following was evidenced: care based on health programs, to the detriment of care integrality and the expanded clinic, and view of integral care needs and perspectives. Conclusion: This study reveals the need to improve elderly care. The professionals recognize the population aging and indicate the need for training. The education of health workers education is the starting point for change. In addition, managers and the State need to organize a care network that includes the elderly, with services offered according to the demand.

Keywords: Aged. Family Health. Comprehensive Health Care.

Resumen

Objetivo: Estudio que trata comprender cómo se está llevando a cabo el cuidado de ancianos en la Unidad de Salud de la Familia, según la opinión de los profesionales de salud. Métodos: Estudio cualitativo con análisis social fenomenológica de Alfred Schutz. Resultados: Entrevistamos a 07 profesionales de primer nivel a través de pregunta de investigación. El análisis evidenció: el cuidado guiado por los programas de salud, en detrimento de la atención integral y la clínica ampliada, y la visión de las necesidades y perspectivas de la atención integral. Conclusión: El estudio pone de manifiesto la necesidad de avanzar en el cuidado de ancianos. Los profesionales reconocen el envejecimiento y la necesidad de mudanza. La educación de los trabajadores se da como punto de partida para el cambio. También es necesario que los administradores y el Estado organicen una red de atención que incluya a las personas mayores, con ofertas de servicios de acuerdo a la demanda presentada.

Palabras clave: Anciano. Salud de La Familia. Atención Integral de Salud

¹Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Botucatu – SP, Brasil.

²Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Botucatu – SP, Brasil.

³Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Botucatu – SP, Brasil.

⁴Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Botucatu – SP, Brasil.

autor correspondente: Aline Torres Coutinho E-mail: alinetorres_enf@hotmail.com

INTRODUÇÃO

De acordo com pesquisas realizadas, o Brasil vem passando por um momento de transição demográfica, com alterações significativas na pirâmide etária. Desde 1940, observa-se diminuição nas taxas de mortalidade, principalmente entre as pessoas mais jovens. A taxa de mortalidade infantil, que em 1995 era de 135 mortes para mil nascidos vivos, em 2010 passou a ser de 20 mortes para cada mil nascidos vivos, o que mostra uma queda de aproximadamente 85% das mortes para cada mil nascidos. Também durante esses últimos 15 anos, a expectativa de vida ao nascer passou de 50 para 73 anos, havendo assim maior número de pessoas idosas na população brasileira. Conseqüentemente, nos próximos 40 anos, a população idosa passará de menos de 20 milhões de idosos para 65 milhões em 2050.¹

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada para o ano de 2009, em 1999 a população idosa (pessoas com mais de 60 anos) representava 9,1% da população brasileira. Já em 2009, houve um aumento desta população, passando a representar 11,3% do total dos brasileiros. A PNAD mostra também que 22,6% das pessoas com mais de 60 anos referiram não ter doenças. Entretanto, quase metade da população entrevistada sofria de mais de uma doença crônica (48,9%).²

Todas essas mudanças encontradas por meio da epidemiologia nos mostram aspectos importantes que comprovam essa mudança etária no Brasil e reforçam a importância da construção e implementação de políticas que acolham as necessidades que surgirão com o passar dos anos.

Segundo relatório do Banco Mundial (2011), os gastos com a saúde aumentarão consideravelmente, decorrentes do aumento da proporção de idosos e aumento da frequência de uso dos serviços de saúde pela mesma população. Além dos fatores já citados, haverá também demanda maior de pessoas consideradas muito idosas nos próximos 30 anos, com aumento de pessoas debilitadas, mesmo com esforços na prevenção de doenças e tratamentos avançados. Serão desafios para a Saúde, como consequência do envelhecimento populacional, a prevenção e retardamento de doenças e deficiências, a manutenção da saúde, independência e mobilidade dos idosos. A ampliação do Programa de Saúde da Família e seu fortalecimento são considerados uma estratégia de cuidado para esses idosos desde que haja foco e esforços para tal.¹

A mudança na Constituição Brasileira em 1988, preconizando que a saúde é direito de todos e dever do Estado, foi um avanço para a saúde pública brasileira. Com a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde em 1990 (Lei 8.080/1990 e Lei 8.142/1990), surge o então Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade. A integralidade instituída pelo SUS vai muito além de uma diretriz, representa uma transformação do modelo de

saúde tradicional que existe em nosso país. Ao falarmos de saúde, integralidade, nos remetemos à interdisciplinariedade do cuidado, do indivíduo como um todo, das relações de serviços entre os diferentes níveis de atendimento, das relações no trabalho em equipe.³

Em 1º de outubro de 2003 foi criada a Lei nº 10.741, que instituiu o Estatuto do Idoso. Sua criação foi um ganho para a garantia dos direitos dos idosos. O Estatuto traz uma abordagem quanto aos direitos dos idosos, enquanto cidadãos, com abrangência integral nas variadas facetas que interferem na qualidade de vida desse grupo. Mesmo com essa garantia legal, ainda encontramos muitos entraves no seu cumprimento e até mesmo desconhecimento pela população.

Toda essa mudança na expectativa de vida do brasileiro, e, conseqüentemente, o aumento da população idosa, deve-se à melhora das condições sanitárias do país, assim como das tecnologias em saúde disponibilizadas pelas políticas. Politicamente, nota-se que o Brasil tem buscado avançar com as alterações populacionais que vem apresentando. A criação do SUS e, anos depois, do Estatuto do Idoso mostra a preocupação em garantir os direitos dos idosos, assim como dos princípios instituídos.

No ano de 2006, de acordo com a portaria nº399/GM de 22 de fevereiro de 2006, foi divulgado o Pacto pela Saúde, que deve ser revisado anualmente de acordo com o SUS e as necessidades de saúde da população. É composto por três dimensões: o Pacto pela Vida, Pacto em Defesa dos SUS e Pacto de Gestão.⁴

O Pacto pela Vida é formado por compromissos sanitários de acordo com a situação do Brasil e suas prioridades em saúde, definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Entre suas linhas de cuidado, encontramos a saúde do idoso, cujo objetivo proposto é de implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Quanto às diretrizes operacionais, o Pacto pela Vida aponta, dentro da saúde do idoso, algumas estratégias de cuidado, como a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa, Programa de Educação Permanente a Distância para profissionais que trabalham na atenção básica, Acolhimento, Assistência Farmacêutica, Atenção Diferenciada na Internação e Atenção Domiciliar.⁴

No mesmo ano de criação do Pacto pela Saúde foi aprovada a portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, com a finalidade de "... recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde". Mais uma vez encontramos a busca pela garantia da atenção integral do idoso.

Para alcançar seus objetivos, tem como diretrizes para o cuidado da pessoa idosa a promoção do envelhecimento ativo e saudável; a atenção integral à saúde da pessoa idosa, com olhar

ampliado para questões biopsicossociais, nas relações de vínculo, interação com o profissional de saúde e oferta de cuidados nos diferentes níveis de acordo com a necessidade identificada; as ações intersetoriais visando à integralidade da atenção; o provimento de recursos que garantam a qualidade da atenção à saúde; o incentivo à participação do controle social; a formação e educação de profissionais de saúde quanto à área de saúde do idoso; a divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; a promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e, por fim, o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.⁵

Assim, para o bom funcionamento da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, compete aos gestores federais, estaduais e municipais prover meios para alcançar os propósitos da política. Para operacionalização das diretrizes instituídas e o desenvolvimento de ações em saúde, faz-se necessária a articulação com outros setores, como educação, previdência social, assistência social, trabalho e emprego, desenvolvimento urbano, transportes, justiça e direitos humanos, esporte e lazer e ciência e tecnologia.⁴

A Atenção Básica atua de acordo com os princípios do SUS, visando à promoção da saúde, à prevenção e tratamento de doenças e à redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer a qualidade de vida das pessoas. A Saúde da Família vem como principal estratégia por proporcionar um vínculo maior entre profissional de saúde e usuário de acordo com a delimitação de territórios. É voltada para a família e a comunidade, em um modelo coletivo, multiprofissional, para uma compressão integral na dimensão individual, familiar e coletiva. Assim, compete aos profissionais atuantes nas Unidades de Saúde da Família o acompanhamento da população idosa de sua área de abrangência como alicerce para uma assistência integral e equânime na saúde.⁶

A integralidade então surge como estratégia do movimento sanitário para as mudanças almejadas na saúde brasileira. É apontada de modo sintético como uma característica desejável do sistema de saúde e de suas práticas. Alcançar a integralidade é encontrar práticas intersubjetivas, com relações interpessoais entre os sujeitos, desenvolvendo práticas dialógicas. O diálogo proporciona a compreensão do contexto exposto, com apreensão das necessidades e desenvolvimento de habilidade para reconhecer cada situação entre o sujeito e o profissional de saúde. Assim, pleitear a integralidade é promover ações de saúde que aconteçam em sintonia com o contexto singular de cada relação.⁷

Diante do exposto, há necessidade de se verificar em qual ponto do processo nos encontramos, como os profissionais estão promovendo a saúde da população e se estes têm conhecimento da importância de toda essa mudança no cuidado. Com a inversão do modelo assistencial, sendo a promoção da saúde e a integralidade do cuidado focos principais da assistência, é importante verificar como os profissionais realizam a assistência

a esta população, podendo avaliar os avanços e retrocessos desse processo. Logo, objetivamos compreender como vem sendo realizado o cuidado ao idoso em uma Unidade de Saúde da Família segundo a visão dos profissionais de saúde.

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

A metodologia escolhida para a realização deste estudo foi a qualitativa, com referencial metodológico da fenomenologia social de Alfred Schutz. A fenomenologia estuda os fenômenos, aquilo que aparece à consciência, do que é dado, com objetivo de compreendê-lo.⁸

Para Schutz, o mundo social é muito difícil de ser mensurado. Para análise do mundo por meio das ciências sociais é necessário utilizar o método compreensivo, mediante um exame de suas múltiplas tipificações. Assim, a fenomenologia, segundo Schutz, é voltada para a compreensão da subjetividade do entrevistado em relação a aspectos da consciência que são possíveis de serem descritos. Logo, cada um tem uma situação que lhe é própria, e não do outro.⁹

Segundo Schütz, o homem é um ser social, vive em um mundo compartilhado com seus semelhantes, com as coisas e consigo mesmo. Nesta relação, o homem vai formando seu "eu biográfico", o qual vai motivá-lo para a ação.⁸

Local da pesquisa

A pesquisa realizou-se na cidade de Botucatu-SP, mais especificamente com os profissionais da Unidade de Saúde da Família do Id. Aeroporto. A unidade escolhida foi para a autora cenário de desenvolvimento das atividades do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp. Tal unidade conta com duas equipes, abrangendo uma área de 8.104 pessoas cadastradas, sendo 304 com 65 anos ou mais, segundo dados do Sistema de Informação do Município de Botucatu – CPDQ no mês de janeiro de 2013.¹⁰ A unidade é constituída por 2 médicos, 2 enfermeiras, 1 dentista, 1 auxiliar de dentista, 6 auxiliares de enfermagem, 9 agentes de saúde e 3 residentes em Saúde da Família. Tais residentes eram 2 enfermeiras e 1 psicóloga. Uma das residentes foi pesquisadora, portanto, eticamente, não foi incluída na coleta de dados.

Sujeitos

Foram sujeitos da pesquisa os profissionais de nível superior de saúde de duas equipes que constituem a Unidade de Saúde da Família do Id. Aeroporto, os quais aceitaram o convite de participação, respondendo à questão norteadora do estudo: *Como você realiza o cuidado aos idosos nesta unidade de saúde? Conte-me a respeito.*

Todos que aceitaram participar, seguindo os critérios éticos em pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Assim, foram realizadas sete entrevistas. Não houve recusa.

Procedimentos Éticos

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp, sob o protocolo nº 4118-2012. Previamente este estudo foi autorizado pela Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu/SP. Com intuito de preservar o anonimato dos sujeitos, as entrevistas foram coletadas de forma aleatória e numeradas conforme a ordem de sua realização. Foram identificadas com a letra E de entrevista, seguida por um número.

Coleta dos dados

Os dados foram coletados pela pesquisadora por meio de entrevistas, registrados por gravação e, posteriormente, transcritos para análise.

Análise

Na investigação fenomenológica, o pesquisador não conhece, *a priori*, o significado, as experiências dos sujeitos, e, a partir do desconhecido, ele se orienta, elabora a sua questão investigativa. A análise possibilita chegar aos seus significados, sobre as percepções do sujeito quanto ao que lhe foi interrogado.⁹

A análise fenomenológica pressupõe um caminhar metodológico em que primeiramente se realiza a análise ideográfica; nesta, por meio da leitura atenta e individual das descrições do sujeito, o entrevistador busca encontrar as unidades de significado na

fala; identificá-las e lhes atribuir significado. Ao serem identificados os significados que os entrevistados mostraram, há, então, a análise nomotética de todos os depoimentos, e agrupamento por temas, com descrição e interpretação das falas, chegando-se ao seu invariante, aquilo que é comum, portanto, à sua essência. O pesquisador compreende as ações dos sujeitos a partir do individual para algo geral, que nasce das convergências e divergências encontradas nas falas individuais.⁹

Assim, buscou-se, com as falas dos sujeitos, por meio da análise compreensiva, chegar à sua ação no ato de cuidar/assistir a pessoa idosa na atenção básica.

RESULTADOS

Caracterização dos Sujeitos

Participaram do estudo sete profissionais de nível superior, médicos, enfermeiros e psicólogo. Em relação à faixa etária dos profissionais, a média de idade foi de 32,42 anos, com idade mínima de 25 anos e idade máxima de 47 anos de idade. Quanto à experiência na área, dois sujeitos tinham entre 0 e 2 anos de trabalho; outros dois, entre 3 e 4 anos; e três tinham 5 ou mais anos de experiência. Quando questionados sobre a formação profissional para trabalhar na Saúde da Família, seis dos sete profissionais de nível superior afirmaram ter concluído ou estarem cursando a especialização em Saúde da Família.

Figura 1. Diagrama construído pelos autores acerca da experiência dos profissionais da saúde no cuidado com a pessoa idosa na atenção básica. Botucatu, São Paulo, Brasil, 2013.



Análise

Primeiramente, foi realizada a análise ideográfica dos depoimentos, ou seja, cada entrevista foi analisada individualmente, em sua íntegra, pinçando os termos de maior significado para o pesquisador e em conformidade com a questão orientadora “como você realiza o cuidado aos idosos nesta unidade de saúde? Conte-me a respeito”. Em todas as entrevistas, seguiu-se o caminho da descrição, redução e compreensão.

Em seguida, foi realizada a análise nomotética, análise geral de todos os depoimentos buscando-se as convergências, o comum, o invariante. A partir da leitura compreensiva e interpretação das falas, elaboramos três categorias temáticas, conforme evidenciado na Figura 1.

CATEGORIA 1: Assistência pautada em programas de saúde

Observou-se nas falas dos profissionais que é frequente a sua preocupação em realizar o cuidado ao idoso de acordo com programas estabelecidos por políticas de saúde. Entretanto, em nenhum momento foram citados programas com olhar para a saúde do idoso em específico, que atinjam as necessidades dos maiores de 60 anos. Foi possível apreender a preocupação com o cuidado voltado para a doença já estabelecida.

(...) uma assistência voltada especialmente para o idoso, eu acho que a gente não tem isso. Eu pelo menos não percebo na minha rotina, no meu processo de trabalho, uma atenção especial voltada para os idosos, a não ser quando eles são portadores de diabetes, hipertensão ou então quando é um paciente acamado (...) E-1

(...) a gente realiza os exames de próstata. Que é de 40 ou 45 anos pra frente. Então este é um dos cuidados né. (...) Tem as campanhas de hiperdia que a gente faz no posto, para diabéticos e hipertensos, que muitos são idosos. E-2

Observa-se que o programa de Hiperdia, que atinge a população hipertensa e diabética, com adultos em qualquer faixa etária, é o principal cuidado realizado ao idoso na unidade de saúde. O mesmo é inserido no programa após o diagnóstico das comorbidades citadas.

(...) a gente acaba priorizando quem está em algum programa, não tem uma lógica de processo de trabalho, mesmo de organizar esse cuidado de uma maneira que olhe os indivíduos saudáveis(...) E-3

De específico para a saúde do idoso eu acredito que não tenha nada. (...) a questão do idoso é pra vacinação da influenza, porém a gente sabe que é aberto para outros públicos. Hiperdia, consultas

também são abertos para outros públicos e o que mais vem pra gente já são os idosos com comorbidades. Os idosos que não tem comorbidades ficam um pouco excluídos do nosso atendimento. E-4

Assim, o olhar para o idoso se volta apenas em uma atividade anual, proposta pela gestão da atenção básica do município, onde durante uma semana são realizadas atividades pontuais nas unidades de Saúde da Família, com foco no idoso.

(...) todo ano a gente tem a semana do idoso. (...) nessa semana a gente tem ações voltadas para o idoso, aí a gente procura fazer atividades de promoção, prevenção. (...) na rotina, no dia-a-dia, eu não consigo perceber (...) atividade pensando na prevenção e promoção para o idoso. (...) a gente não tem feito isso. E-1

As práticas acabam se tornando reducionistas sem a valorização do idoso de forma integral. São vários os fatores que podem levar o profissional a ter como prioridade de cuidado o cumprimento de programas de saúde, como cobrança pelo cumprimento de metas, falta de apoio da gestão, desconhecimento profissional acerca do cuidado, entre outros. É visto que o atendimento individualizado em consultas acaba sendo a principal estratégia de cuidado, principalmente para os participantes do Hiperdia.

(...) aqueles que têm comorbidades, hipertensão, diabetes, qualquer outro tipo de doença, a gente aborda nas consultinhas agendadas (...) os idosos que não tem nenhum tipo de comorbidade, na verdade a gente não tem uma busca ativa desses idosos (...) E-5

(...) não adianta mudar nossa unidade: ah vamos fazer diferente então! Vamos estabelecer um projeto e vamos fazer tudo diferente! Porque bem ou mal a gente vai acabar sendo cobrado pelo atendimento. E-3

(...) tem uma dificuldade da unidade de planejar atividades para os idosos que não têm um problema de saúde instalado. A atenção acaba ficando mais voltada para esses casos. E-6

CATEGORIA 2: Integralidade e clínica ampliada prejudicadas

Realizar um cuidado integral é ter um olhar para o biopsicossocial de cada indivíduo. A clínica ampliada surge não só para dar conta das doenças, mas também de problemas

de saúde singulares. Torna-se um desafio encontrar essas práticas nos serviços de saúde.

A gente procura ver as doenças mais prevalentes no idoso, pra fazer abordagem nesse sentido. E-2

(...) focado na doença que o idoso apresenta. Porque a gente ainda tem dificuldade em abordar de forma integral, a gente sempre vai direcionar para a doença. (...) o idoso que é saudável ou que tem alguma alteração própria da idade, ele acaba ficando de lado(...) E-3

As dificuldades encontradas pelos profissionais em realizar uma prática integral com olhar ampliado são referidas nas falas. O aumento da demanda, escassez de tempo, poucos profissionais, cobrança no alcance de metas são fatores apontados que prejudicam a qualidade do atendimento. Assim, vemos como consequência atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos ficando em segundo plano quando nos referimos ao cuidado ao idoso.

(...) população que tem algum tipo de demanda de saúde, hoje ela é contemplada. Mas pros idosos que são ativos, mas que não tem nenhum tipo de comorbidade, a gente acaba, acho, que deixando a desejar mesmo na assistência (...) A população idosa a gente não consegue cumprir totalmente a proposta do psf, pela demanda espontânea, pela falta de funcionários, por vários fatores. (...) demanda que a gente tem da nossa rotina é tão grande, (...) que a gente acaba não dando conta de algumas populações específicas (...) sempre tem alguma coisa que acaba atrapalhando mesmo um pouco a gente. De não conseguir parar e pensar em atividades de promoção, fazer grupos." E-1

Eu procuro não colocar na lista de espera de adultos. Por que a gente trabalha priorizando a criança, até 18 anos e a gestante numa agenda livre. E os adultos, todo mundo acima de 18 anos, eu enquadro no agendamento da lista de espera. (...) essa faixa etária é uma faixa etária muito crítica. Porque a maioria desses pacientes não tem mais dente. E-7

(...) ações de promoção, principalmente de promoção e prevenção também, elas acontecem pouco, e, quando acontecem, ainda é de maneira muito pontual, muito individual. E-3

A medicalização mantém-se como principal prática no cuidado ao idoso. Há dificuldade de uma escuta qualificada, do desenvolvimento de atividades específicas em grupo, do

reconhecimento da população moradora da área, ficando o cuidado voltado para os idosos participantes dos programas de saúde. O reconhecimento da necessidade de cuidados em saúde torna-se responsabilidade de cada indivíduo. Sem práticas de educação em saúde, esse reconhecimento acontece de forma muito restrita.

(...) a gente fica meio a mercê de que eles percebam que precisam desse cuidado (...) de uma abordagem diferente e que venham nos procurar (...) aborda eles de uma forma geral e mais os pacientes programáticos, os que têm comorbidades (...) E-5

A gente fica muito focado na questão de medicamentos né. E-3

Acho que falta bastante ainda. A gente ainda tem uma visão muito medicalizadora e muito voltada pra doença. Não consegue trabalhar a prevenção e a promoção. E-6

Apesar das dificuldades encontradas, os profissionais procuram, de acordo com as atividades desenvolvidas na Unidade de Saúde da Família, inserir os idosos em atividades inespecíficas, abertas para toda a população.

Na nossa unidade a gente tem o grupo de caminhada né, mas não visa só o idoso. E-2

(...) tem o grupo de caminhada né, que eu acho que é uma oportunidade. Acho que também não deixa de ser um cuidado, mas um cuidado muito pontual. Não sei nem se pode ser chamado de cuidado, por que acho que é um grupo que está cada vez mais ficando independente, (...) por uma dificuldade nossa de organização também. (...) tem o grupo de qualidade de vida, que acontece lá no projeto (...) não necessariamente também para idosos. (...) idosos que são acamados ou que têm alguma dependência, tem a realização de visitas, mas também sempre com um propósito. E-3

O grupo de mulheres também tem a participação de algumas senhoras idosas. E no grupo de dor agora (...) tem algumas mulheres idosas já com alguns problemas de saúde. E-6

CATEGORIA 3: Necessidades e perspectivas de um cuidado integral

Os profissionais reconhecem que existem dificuldades na abordagem do paciente idoso. Percebem a necessidade de um cuidado que abranja as várias esferas de cuidado, como a educação, promoção da saúde e prevenção de agravos,

curativismo, reabilitação e manutenção da saúde. As abordagens educativas são as mais prejudicadas no contexto atual.

Eu acho que a gente poderia fazer muito mais sim pelos idosos, pensando não só na população que é doente, mas também naqueles que não têm nenhuma comorbidade e que buscam menos o serviço. E-1

Acho que falta bastante ainda. A gente ainda tem uma visão muito medicalizadora e muito voltada pra doença. Não consegue trabalhar a prevenção e a promoção. E-6

Nos momentos em que recebem algum tipo de orientação de acordo com o plano de cuidado, os pacientes buscam pessoas próximas, cuidadores, com a perspectiva de que ela seja seguida. Buscam conhecer a rede de apoio do idoso, a relação com a família, os vínculos que este apresenta para seguimento do cuidado prescrito.

Muitas vezes a gente tem que entrar em contato com uma pessoa mais próxima dentro de casa, ou um cuidador pra fazer as orientações. E-2

(...) eu procuro perceber como é a relação desse idoso com as pessoas que moram na casa, se ele mora com alguém. Tem alguns idosos que moram sozinhos e aí tem aquela coisa de quem cuida do idoso, quem é o cuidador, qual o vínculo que esse idoso tem para além da família, com a comunidade, com o bairro, se ele frequenta alguma outra atividade, se ele frequenta grupo, igreja, ou o contato que ele tem com posto de saúde. E-6

Nas falas dos profissionais é possível perceber as barreiras enfrentadas no cuidado ao idoso, seja ela de acesso, disponibilidade, conhecimento, de limites da profissão. Essas barreiras podem ser vistas como desafiantes ou frustrantes para o profissional que realiza o cuidado.

(...) tem pessoas que a gente sabe que tem um problema, que tem uma medicação que traria algum benefício, mas essas pessoas acabam não tendo esse benefício por que não têm uma condição financeira que possa adquirir essa medicação. E-2

E pra mim enquanto psicóloga, é um esforço olhar para outras questões além da saúde mental em relação ao idoso. E-6

Assim, procuram estratégias, espaços no serviço que poderiam ser aproveitados de melhor forma, capacitando os

profissionais para um cuidado ampliado, atualizando-os quanto a conteúdos novos que vão surgindo. A reunião de equipe é um momento de troca entre os profissionais, em que todos podem expor suas opiniões, conhecimentos, sugestões sem julgamento; todos estão ali para troca de conhecimento. Entretanto a produtividade desse espaço não depende apenas da disponibilidade da equipe, mas também da demanda excessiva de informes colocados pela gestão para serem passados semanalmente aos profissionais.

A reunião de equipe é um momento que a gente pouco utiliza pra planejar cuidado e ainda tem muito que caminhar sabe?! (...) E eu acho que tem que ser uma preocupação não só da unidade. Acho que a gente tem que começar, causar um impacto nos gestores também. E-3

DISCUSSÃO

Como foi possível verificar pelas falas, os idosos estão presentes na unidade de Saúde da Família. É positivo observar que a grande maioria dos profissionais de nível superior concluiu ou está cursando especialização em Saúde da Família.

A percepção do cuidar de idoso pelos profissionais de nível superior mostra-se tecnicista, pautada em protocolos e programas de saúde. Eles apontam que cuidar é realizar as indicações de programas específicos, e em nenhum momento citam programas que contemplem a saúde do idoso no geral, com práticas preventivas e curativas. Observa-se uma preocupação grande em cuidar dos já adoecidos, por meio de consultas, exames e medicamentos. Logo, consideramos prejudicada a integralidade do sujeito. Cuidar dos já adoecidos reforça o modelo tradicional, biomédico, que ainda prevalece nos serviços de saúde. Precisamos de uma nova forma de cuidado, com profissionais dispostos à mudança, ao rompimento deste modelo de atenção, com defesa da vida individual e coletiva dentro dos direitos sociais que cabe a cada um.³

A ESF surge para substituir um modelo de atenção à saúde, buscando assumir um conceito ampliado de saúde. Tem como objetivo potencializar a reorientação do processo de trabalho, rompendo com a fragmentação do cuidado. É por meio das diretrizes do SUS, integralidade, equidade, universalidade, regionalização, descentralização, resolubilidade e participação popular, que a estratégia se estrutura.¹¹

A assistência oferecida pelos profissionais do SUS deve abranger ações assistenciais ou curativas, assim como promover a saúde e prevenir doenças. A ESF está apta para a busca ativa na comunidade, a realização de visitas domiciliares, até o acompanhamento clínico de casos diagnosticados com o fornecimento de medicamentos. Entretanto, na busca pela integralidade do cuidado, atividades de educação em saúde, acolhimento do sujeito, trabalho em equipe com olhar

interdisciplinar devem estar presentes na rotina da equipe da ESF. Assim, temos a vigilância em saúde, que propõe um trabalho em um determinado território, com os problemas de saúde locais e a intersectorialidade. Este busca romper mais uma vez com a abordagem reducionista e fragmentária dos indivíduos. A assistência deve ir além da doença e do sofrimento apresentado, visando abordagens ampliadas.¹²

O Hiperdia surge como o elo do idoso com o profissional da unidade de saúde. O diabetes e a hipertensão são patologias de importância, que merecem um cuidado adequado para evitar complicações graves nesses acometidos. Mas isso não significa que ser idoso é ser hipertenso e/ou diabético. O olhar profissional pautado nesses aspectos torna-se limitado, o que prejudica a qualidade de vida e o envelhecimento bem-sucedido dos sexagenários não incluídos no programa.

Um estudo realizado em 2010 com o intuito de conhecer a percepção dos profissionais da equipe de Saúde da Família no Nordeste de nosso país, sobre o cuidado com o idoso, aponta que as iniciativas para o desenvolvimento da autonomia e socialização dos idosos estão surgindo, mas ainda muito fragmentadas, isoladas. O cuidado está mais centrado no tratamento e recuperação, principalmente na demanda de idosos originadas no Hiperdia.¹³

Identificamos no discurso a realização de atividade pontual, que acontece de maneira imposta pela coordenação, como um cuidado realizado à pessoa idosa. Anualmente se organiza o cuidado dos idosos na Semana Municipal do Idoso, uma semana cheia de atividades para os maiores de 60 anos.

Podemos pensar em uma desvalorização desse paciente acompanhado, que frequenta em demasia o serviço de saúde e precisa ser cuidado. É dever dos profissionais e direito do idoso a abordagem integral, atendendo às demandas apresentadas por ele.

A consulta individualizada é o principal instrumento utilizado. É mais frequente ainda quando estes idosos são olhados por programas de saúde de forma reduzida, protocolada, imposta. O acolhimento, a escuta qualificada, o olhar ampliado e a integralidade são deixados em segundo plano na atuação profissional com os idosos.

Ao voltarmos para a integralidade e para a construção de clínicas ampliadas, buscamos, por meio do biopsicossocial, que esse idoso seja visto de acordo com sua singularidade, que a partir de suas necessidades específicas surjam planos de ação individualizada. Os profissionais mostram dificuldades para pôr em prática esses conceitos, por muitos motivos, como organização do serviço, grande demanda por atendimento, cumprimento de metas/produção, entre outros que prejudicam a qualidade da assistência prestada.

A clínica ampliada é uma ferramenta de articulação e inclusão de diferentes situações. Tal clínica reconhece que, em um dado momento, pode existir predominância de algum enfoque, sem que isso ocasione negação de outras abordagens. Não há desvalorização de abordagens disciplinares; logo busca

um manejo integral do cuidado, multiprofissional. Trabalha com a compreensão ampliada do processo saúde-doença, construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas, transformação do trabalho com capacidade de escuta, capacidade de lidar com condutas automatizadas de forma crítica, de lidar com problemas sociais e subjetivos, com família e comunidade.¹⁴

Um estudo realizado na ESF da cidade de Natal-RN mostra que a Saúde da Família é capaz de promover mudanças nas práticas assistenciais, mas a falta de adesão e apoio institucional representa uma ameaça a esta prática.¹⁵

Assim, a medicalização mantém-se forte, como principal cuidado oferecido. Entendemos que os medicamentos, quando usados adequadamente, trazem muitos benefícios para as pessoas, mas precisamos pensar em novas alternativas que tragam benefícios a longo prazo sem causar dependência. Trabalhos educativos, individuais ou em grupos, escuta qualificada, conhecimento socioepidemiológico da área de atuação são estratégias que ampliam as práticas em saúde.

Os profissionais esperam que os idosos cheguem até eles buscando cuidados, com a autopercepção de suas necessidades de saúde. Visto que a população ainda tem uma educação voltada para o curativismo, deixar essa responsabilidade à mercê dos idosos é uma posição muito leviana e deficitária.

A autonomia do usuário do serviço de saúde é uma necessidade do sujeito. O profissional de saúde tem a tarefa de promover graus crescentes de autonomia no modo de viver do sujeito. A educação e a informação em saúde fazem parte deste processo. Ter autonomia é uma possibilidade de reconstrução, pelos usuários, dos sentidos da sua vida, e isso passa a ter um peso efetivo no seu modo de viver, no satisfazer de suas necessidades, da forma mais ampla possível.¹⁶

Com a escassez de atividades para a terceira idade, os profissionais graduados procuram inserir esses pacientes na rotina da unidade de saúde, em práticas que estão acontecendo, principalmente, nas atividades grupais.

É observada mais uma vez a percepção do profissional quanto às dificuldades encontradas no cuidar de idosos e à importância de se cuidar por meio da educação, promoção da saúde, prevenção de agravos, curativismo, reabilitação e manutenção da saúde. Procuram realizar orientações sempre considerando a rede de apoio do idoso, o que reforça tal cuidado, além de estarem a par das relações familiares e dos vínculos estabelecidos. De fato, os dados revelam a dificuldade de conscientização dessas ações.

Não são apenas as práticas dos profissionais, sejam elas restritas ou ampliadas, que influenciam na atenção ao idoso. Muitas vezes os profissionais se sentem frustrados em saber que existem possibilidades de cuidado específico para determinado idoso, que o beneficiariam e trariam melhor qualidade de vida, mas acabam esbarrando em questões sociais, como, por exemplo, baixa renda do idoso e prescrição de medicamentos não fornecidos pelo serviço de saúde.

Os profissionais têm o desafio de pensar na integralidade articulada com outros setores, integralidade como foco no processo de trabalho. A reorganização da Atenção Básica com a ESF tem permitido unidades de saúde mais acolhedoras, com atendimento de qualidade e maior resolubilidade das ações, apesar de todas as dificuldades encontradas.¹⁷

A capacitação apontada pelos trabalhadores de saúde é uma estratégia eficaz de cuidado. Saber utilizar espaços comuns do serviço, como a reunião de equipe para educação, beneficiaria a todos os envolvidos. A mudança no modelo assistencial é consequência de formação e capacitação dos profissionais para a atenção ao idoso, com o objetivo de minimizar a dependência e promover autonomia, favorecendo uma velhice com qualidade de vida. O cuidado de acordo com o Estatuto do Idoso proporcionará um cuidado seguro, ético e com qualidade.¹⁸

Um estudo publicado em 2007 aponta que é necessária a capacitação profissional para o cuidado geronto-geriátrico. Este ainda é novo em nosso meio, talvez porque a velhice ainda é uma apresentação demográfica recente entre nós. Se não tivermos profissionais aptos para o cuidado ao idoso, não haverá um cuidado integral, ampliado nos serviços de saúde. Para que as políticas de saúde sejam colocadas em prática, é preciso conhecimento por parte desses trabalhadores, pois “novos saberes provocam novos fazeres”.¹⁸

Outro autor coloca que, mesmo sem a devida capacitação para cuidar de idosos, os profissionais esforçam-se para oferecer uma assistência de acordo com o SUS. Ainda tem-se muito que percorrer quanto às ações para um envelhecimento saudável, com mudanças no modelo de saúde e um olhar para os idosos na ESF.¹²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse processo investigativo permitiu alcançar os objetivos, sinalizando como vem sendo prestado o cuidado ao idoso na atenção primária. Revela que ainda precisamos avançar no cuidado aos idosos. Os profissionais reconhecem o aumento desta população e, ao mesmo tempo, o despreparo para atendê-los. Ainda é muito forte o modelo biológico, fragmentado, sendo um desafio para a saúde pública atual. É fato que a gestão do serviço influencia diretamente a assistência aos idosos. Enquanto houver cobranças no cumprimento de metas, profissionais despreparados, números reduzidos de profissionais nos serviços e alta demanda, será difícil avançarmos na integralidade do cuidado.

Os profissionais apontam que o idoso não é atendido como prioridade na ESF, que existem ações pontuais voltadas para um envelhecimento bem-sucedido. Podemos considerar que a ESF e a Política Nacional de Saúde dos Idosos são políticas novas, em fase de implementação. Entretanto, estamos vivendo e acompanhando esse aumento de idosos nos serviços de saúde.

Há de se pensar em estratégias e ações para absorver essa demanda.

Este estudo, embora tenha limitações, por ser descritivo e localizado em população restrita, sinaliza a necessidade dos profissionais da saúde de se conscientizarem do processo de envelhecimento senil e planejarem estratégias de cuidado em suas unidades. A educação é o ponto de partida, pois quando não se tem conhecimento, não existe movimento para mudança. Além disso, serve de alerta aos gestores e ao Estado pela premência de se organizar a rede de cuidado à pessoa idosa na comunidade, adequando a oferta de serviços à demanda representada pelos idosos de hoje, em número crescente, e os que virão com graus variados de dependência e de vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS

1. Banco Mundial. Envelhecendo em um Brasil mais velho: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços. Washington: Banco Mundial; 2011.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2009.
3. Viegas SMF, Penna CMM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. Esc Anna Nery . 2013 jan-mar; 17(1): 133-41.
4. Portaria nº 399/ GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da República Federativa do, Brasília (DF), 23 fev 2006. Seção 1: 43.
5. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 20 out 2006. Seção 1: 142.
6. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. REBEN. 2009 jan-fev; 62(1): 113-8.
7. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saúde Pública. 2004 set-out; 20(5): 1411-6.
8. Wagner HTR. Sobre fenomenologia e relações sociais: Alfred Schütz. Petrópolis (RJ): Vozes; 2012.
9. Capalbo C. Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schütz. Londrina (PR): UEL; 1998.
10. Botucatu. Sistema de Informação do Município de Botucatu. Botucatu: CPDQ; 2013.

11. Silveira CH. Falando de modelos de assistência à saúde e do programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde - Brasil. *Rev Inter Interdisc Interthesis*. 2008 jan-jul; 5(1): 78-103.
12. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)*. 2004-2005 set-fev; 9(16): 39-52.
13. Alencar MSS, Leite ALI, Memoria SVF, Sousa JMS. Percepções dos profissionais da Saúde da Família a respeito da atenção a pessoa idosa em Teresina-PI. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2010; 13(3): 475-86.
14. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de atenção à saúde. Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
15. Araujo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(2): 455-64.
16. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro (RJ): ABRASCO; 2001. p.113-26.
17. Fracolli LA, Zoboli ELP, Granja GF, Ermel RC. Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. *Rev Esc Enferm USP*. out 2011; 45(5): 1135-41.
18. Martins JJ, Schier J, Erdmann, Albuquerque GL. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2007; 10(3): 371-82.