

O CUIDADO DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE¹

Rosângela Cabral*
Mara Solange G. Dellaroza**
Brígida Gimenez Carvalho***
Adriana Valongo Zani****

RESUMO

Em decorrência do crescente envelhecimento da população brasileira, são necessárias avaliações das políticas de atenção à saúde do idoso. **Objetivo:** identificar as percepções dos profissionais de saúde referentes ao cuidado voltado à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Estudo de Caso com Triangulação de dados embasado no referencial teórico de Vulnerabilidade de Ayres. Realizado no norte do Paraná, Brasil. A coleta ocorreu de janeiro a março de 2016 e dividiu-se em: visita à coordenação regional e realização de entrevista, observação da assistência ao idoso, análise documental e grupos focais com dezoito profissionais da saúde. **Resultados:** Após análise, emergiram três categorias: “Vulnerabilidade social e afetiva voltada para dependência da APS”, “Serviços organizados em rede e voltados para o cuidado integral” e “Dificuldade de recursos humanos e financeiros”. A Atenção Primária aponta vulnerabilidades social e individual da pessoa idosa. Dificuldades de recursos humanos e financeiros, prática centrada em ações curativas, biológicas e terapêuticas denunciam a vulnerabilidade programática, impelindo os profissionais a funções de nível secundário e terciário. **Conclusão:** Mudanças na gestão planejadas sob a ótica das dificuldades e características locais poderiam potencializar estratégias que diminuíssem as vulnerabilidades por meio de ações de capacitação e fortalecimento da rede social e serviços existentes.

Palavras-chave: Saúde do idoso. Atenção primária à saúde. Vulnerabilidade em saúde. Qualidade da assistência à saúde. Gestão em saúde.

INTRODUÇÃO

O Brasil envelhece rapidamente e, deste modo, há necessidade de avaliações permanentes das políticas sociais e de saúde. O Atendimento à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde (APS) tem como objetivo: ampliar a longevidade por meio do estímulo à mudança do estilo de vida e da oferta de serviços efetivos, destacando a necessidade urgente de identificação da fragilidade e de intervenções de prevenção e reversão⁽¹⁾.

Apesar do aumento da expectativa de vida no Brasil, esta condição não significa viver com qualidade. Uma vez que o envelhecimento é compreendido como uma condição dinâmica e progressiva, com alterações biológicas, psicológicas, funcionais e sociais⁽²⁾.

Somado ao processo de envelhecimento, a Vulnerabilidade do idoso, que pode ser manifestada por declínio funcional, é o foco da intervenção

geriátrica e gerontológica, independentemente da idade do indivíduo. No aspecto da funcionalidade, esse declínio é apresentado como fator decisivo para a presença de fragilidade, percebida como um fator clínico de predisponibilidade ao risco de incapacidades, institucionalização, hospitalização e morte⁽¹⁾.

Neste estudo, o cuidado da pessoa idosa sob responsabilidade da APS foi fundamentado a partir do conceito de Vulnerabilidade de Ayres et al, capaz de identificar causas e impactos dos agravos envolvendo características que vão desde as suscetibilidades orgânicas individuais até as coletivas, como programas de saúde, comportamentos, cultura, economia e política, transformando a proposta de vulnerabilidade aplicável a qualquer agravo em saúde⁽³⁾.

A análise da vulnerabilidade articula três eixos: individual, social e programático. O individual refere-se à maneira como o indivíduo recebe

¹Extraído da Dissertação Intitulada “O processo de cuidar da pessoa idosa na Atenção Primária em Saúde” apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL)

*Mestre em Enfermagem na Universidade Estadual de Londrina, Professora e Coordenadora no Instituto Federal do Paraná, Londrina, PR, Brasil, E-mail: rosngelac@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5756-0314>

**Doutorado em Enfermagem na Saúde do Adulto pela Universidade de São Paulo, Professora e Diretora do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil, E-mail: delarozza@uel.br ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7869-540X>

***Doutora em Gerenciamento em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Professora do Dep. Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil, E-mail: brigidagimenez@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3850-870X>

****Pós Doutora em Ciências da Saúde pela FMB – UNESP, Professora da Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil, E-mail: adrianazani@hotmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6656-8155>

informações apropriadas e as compreende, tornando-as aliadas para a adoção da autoproteção quando fora da presença do profissional de saúde. O social relaciona-se à aquisição de informações e à capacidade não individual de incorporá-las para o exercício de mudança e enfrentamento dos agravos em saúde. O programático menciona a otimização dos recursos sociais para proteção às injúrias, além do envolvimento dos programas em planejamento, recursos, gerenciamento, avaliação e implementação do cuidado⁽³⁾.

Segundo as diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção deve estar fundamentada nas necessidades da população e centrada no indivíduo integrado à família e à comunidade, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença. Assim, devem ser priorizadas nos serviços as especificidades e singularidades da população idosa, o que inclui o acolhimento e cuidado humanizados dos idosos, exercitando a escuta, manifestando a responsabilização e a resolutividade, utilizando-se de redes internas, externas e multidisciplinares⁽⁴⁾. Estes aspectos unem-se aos eixos da Vulnerabilidade, incorporando a responsabilidade mútua pelo enfrentamento de dificuldades com reconhecimento das estruturas sociais, políticas e culturais, disponibilizando acesso para decisões e contribuições próprias do cidadão na resolução de agravos em saúde.

Neste sentido, buscou-se ampliar e nortear o estudo sobre a apreensão de vulnerabilidade em conjunto com as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde e Atenção à Saúde do Idoso para refletir acerca da importância em estabelecer a ótica e compreensão dos profissionais de saúde de como ocorre a assistência à saúde no cuidado do idoso em nível primário. Portanto, este estudo teve como objetivo identificar as percepções dos profissionais de saúde referentes ao cuidado voltado à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde.

MÉTODO

Trata-se de um Estudo de Caso que busca o conhecimento de fenômenos individuais, grupais, organizacionais, políticos e relacionados, que utilizou a Triangulação de dados obtidos mediante diferentes técnicas de coleta: entrevista, grupos focais, observação e análise documental⁽⁵⁾.

O local do estudo foi um pequeno município

localizado ao norte do Paraná. Esta escolha se deu porque o município realizou o cadastramento de 100% dos idosos na estratificação de risco de vulnerabilidade, sendo 462 idosos para uma população de 3.434 habitantes⁽⁶⁾.

O estudo foi desenvolvido em quatro etapas. Na primeira etapa, realizou-se uma entrevista individual com o gestor da Regional de Saúde, a qual o município integra, e o segundo momento foi de observação da rotina de trabalho dos profissionais na assistência ao idoso, durante o período de janeiro a março de 2016. A terceira etapa abrangeu a realização dos grupos focais com os profissionais da assistência ao idoso e a quarta foi dedicada à análise de prontuários para avaliar a coerência entre a realidade observada e os registros.

A entrevista junto ao gestor objetivou tecer um panorama da gestão da APS. Em relação aos grupos focais, o primeiro foi constituído por sete profissionais de nível superior e o segundo com onze profissionais de nível médio, toda a equipe recebeu convite impresso. Foi solicitado que falassem sobre seu trabalho, sua prática no cuidado, pontos fortes, dificuldades e desafios na assistência ao idoso. As entrevistas foram gravadas, os grupos focais gravados e filmados, depois as informações transcritas integralmente, e a análise dos prontuários foi direcionada por um roteiro estruturado.

Os dados foram trabalhados por meio da análise de conteúdo que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação e cuja presença ou frequência de aparição” pode conter conteúdo significativo para o objetivo analítico escolhido⁽⁷⁾.

Participaram profissionais do serviço da APS, identificados por iniciais de acordo com o nível de formação, sendo PM (1 a 11) para os de nível médio e PS (1 a 7) para nível superior.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, CAAE: 51706115.2.0000.5231.-

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O município, objeto deste estudo de caso, possui 23 anos de emancipação legal. Participaram 18 servidores municipais (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Psicólogo, Fisioterapeutas, Odontólogo, Nutricionista, Médico, Agentes Comunitários de Saúde e Gestor de Saúde)

que possuíam de 22 a 30 anos de atuação, com 40 horas semanais de trabalho, sete com pós-graduação, sendo quatro em Saúde Pública e nenhum em Geriatria ou Gerontologia.

A análise das entrevistas levou à construção de três categorias: “Vulnerabilidade social e afetiva voltada para dependência da APS”, “Serviços organizados em rede e voltados para o cuidado integral” e “Dificuldade de recursos humanos e financeiros”.

Vulnerabilidade social e afetiva voltada para dependência da APS

O discurso dos profissionais revela vulnerabilidade do idoso por uma visão de deficiência familiar e falta de apoio, fatos geradores de dependência da atenção prestada pelos profissionais da APS.

O olhar dela pede atenção, carinho, alguém para dialogar com ela. (PM9)

Que dá para ver aqui que com um companheiro, ela não necessitasse de uma psicóloga, de um posto de saúde para poder receber um pouco de carinho, um pouco de atenção. (PS2)

O profissional percebe que o idoso, o qual possui vínculo familiar e afetivo com o cuidador, apresenta melhores condições físicas do que os sem vínculos com os cuidadores.

[...] idosos que são acamados, por exemplo, que são mal cuidados, assim, cuida porque é uma obrigação sabe? [...] mas a família que é dedicada cuida, então ele está sempre arrumadinho bem alimentado, [...] o que eu sempre comento, que é bem atendido quando é a família. (PS1)

Houve também o sentimento de tristeza ao perceber que famílias se valem da situação de pensão ou aposentadoria dos idosos e os expõem a situações de exploração financeira e institucionalização.

Me corta o coração de muitas situações quando eu vejo alguém, geralmente de familiar querendo se aproveitar de um idoso, eu vejo famílias que empurram o idoso para um desses locais, né? (PS1)

Esses fatos somados às síndromes geriátricas e a outras condições adversas, mais a existência de maus tratos, configura a violência como um problema de saúde pública. Castro et al (2018) mostrou que as causas externas, violências e os acidentes corresponderam a 6,3% dos motivos de internação entre os idosos brasileiros ⁽⁸⁾.

A redução dos contatos sociais e familiares estão entre as principais mudanças que ocorrem no envelhecimento e acarreta o isolamento social do idoso que, ao apresentar perdas nas capacidades físicas e intelectuais, deixa de ser referência para a família sendo colocado em segundo plano. Não ocorrendo este isolamento, buscará amizades mais frequentemente ⁽⁹⁾.

No município caso foi observada a redução da vulnerabilidade social por meio da proximidade com o trabalhador da saúde que é morador do bairro, proporcionando à pessoa idosa maior confiança para buscar o serviço. A análise das visitas domiciliares demonstrou que a vinculação familiar adequada reduziu a procura pela APS, e, em oposição, onde não foram observados vínculos afetivos e sociais, a tendência maior foi de busca pela unidade de saúde, acarretando aumento da demanda e da vulnerabilidade programática.

Ao analisar o conceito de insuficiência familiar do idoso, estudo de revisão constatou que essa experiência é, ao mesmo tempo, um processo de relações figuradas por acontecimentos tais como vínculo familiar prejudicado, transformações do sistema familiar ao longo do tempo, “conflitos intergeracionais, declínio da saúde psicológica e funcional”. Apontou ainda que a definição da insuficiência familiar na pessoa idosa se dá pelo baixo apoio dos familiares e também social, além de vínculo familiar prejudicado, enfatizando que a família aparece como fonte principal de apoio à pessoa idosa ⁽¹⁰⁾.

As falas revelaram um dilema ético na prática da APS cujos profissionais se sentem corresponsáveis e entendem como incorreto que a família se omita do cuidar. Dados de pesquisa identificaram a “vulnerabilidade no saber cuidar do idoso por parte da família” e que, com a diminuição da independência e da capacidade funcional, a família delega a responsabilidade aos cuidadores e instituições ⁽¹¹⁾. Inclusive, há situações em que o aparecimento de doenças incapacitantes e suas sequelas dificulta ainda mais o cuidado no contexto familiar, situação esta, muitas vezes, atendida nas visitas domiciliares ^(12,13).

A análise revelou que, apesar da identificação por parte dos profissionais da vulnerabilidade social e afetiva do idoso, foi percebida uma conduta que não considera esta perspectiva. Além das observações evidenciarem procedimentos técnicos e de rotina e registros tecnicistas e biologicistas que

não expressam a integralidade da pessoa e seu contexto social. Ocorreram poucos registros em prontuário de orientações do enfermeiro. Notou-se que na comunicação verbal entre a equipe estes aspectos são valorizados, porém, não anotados em prontuários. A Resolução CNS nº 553, de 9 de agosto de 2017, que dispõe sobre o prontuário, adverte que as orientações verbais realizadas por profissionais devem ser registradas para a continuidade das intervenções⁽¹⁴⁾.

Os dados mostram que há ampla demanda e a substituição da função da APS por serviços de urgência (média e alta complexidade). A substituição dos serviços básicos por aqueles de maior complexidade também foi identificada em estudo que investigou como usuários e profissionais veem as divergências e convergências entre a Unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Unidade Básica de Saúde Tradicional (UBST), a partir dos componentes do Primary Care Assessment Tool (PCAT). No referido estudo, constatou-se que na procura por ações preventivas os usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) avaliaram o acesso de forma positiva. Por outro lado, a Unidade Básica de Saúde (UBS) foi melhor avaliada quando sua procura se referiu a um problema de saúde. O instrumento de avaliação se destinou ao reconhecimento da existência de hierarquização das ações de saúde e não à sua qualificação⁽¹⁵⁾.

No município caso, os trabalhadores não dispunham dos serviços de alta complexidade, assumindo, desta forma, ações não pertinentes às suas atribuições, o que refletiu em uma prática biologicista, fragmentada, evidenciando-se, assim, um aporte de recursos humanos inadequado e maior necessidade de reflexão dos gestores sobre o processo de cuidado do idoso e a efetivação de novos profissionais.

A realização de procedimentos em diversos níveis de atenção assinala novamente para a geração de dependência do usuário idoso e para a vulnerabilidade na organização da rede de atenção. Situação representada no discurso de ausência de contra-referência e de que por mais que a equipe esteja atarefada sempre buscará por uma solução mesmo que parcial.

Eu acho que para fortalecer deveria APS trabalhar mais com prevenção[...] a nossa está funcionando mais como uma UPA, [...] organizar mais o serviço, ter uma rede mais “funcionante”, porque quanto

tempo você dedica para prevenção do idoso? [...] a gente encaminha e não tem um seguimento para ajudar no cuidar do idoso[...] falta essa contra-referência. (PS2)

[...] Por que eu acho que por funcionar como uma UPA, todo paciente que procura o atendimento, tem, sendo um atendimento não completo, mas ele tem. (PS2)

Estas condições identificadas como geradoras da dependência ao serviço de saúde - ausência de apoio familiar, abandono e ainda um serviço primário atuando com precariedade em diversos aspectos - revelam a vulnerabilidade, do ponto de vista individual e social, a qual o profissional deverá estar apto para acolher de forma integral, observando as necessidades de saúde, emocionais e sociais. Dessa maneira, será possível apoiar as ações de saúde e estabelecer vínculo e confiança entre a comunidade, equipes de saúde e os serviços de APS. A vulnerabilidade programática também se apresenta pela grande demanda de usuários, desfavorecendo a disponibilidade de tempo para o cuidado integral. Os profissionais com formação superior apresentaram ética, agilidade no diagnóstico, preocupação com a fragilidade biológica e com os aspectos familiares e sociais, no entanto, não foram observados diálogos com o usuário quanto a possíveis resoluções destes fatores.

Em Inquérito domiciliar de 2017, que objetivou identificar a vulnerabilidade programática entre os idosos adstritos à ESF, foram encontrados idosos residentes em áreas de média vulnerabilidade social que apresentaram maior índice de dependência dos serviços públicos de saúde, apontando para a afinidade entre fatores sociodemográficos e o perfil dos serviços utilizados⁽¹⁶⁾.

Propiciar capacitações quanto à eficácia do adequado registro de orientações poderia cumprir com o papel de seguimento das futuras medidas terapêuticas e de contra-referência. O fortalecimento dos vínculos familiares e a redução dos riscos poderiam ser concretizados por meio das visitas domiciliares apoiadas na presença do enfermeiro que faria referenciamento a outros profissionais das áreas de assistência social e psicologia, contribuindo com a divisão de tarefas entre a equipe multidisciplinar e com a redução de ações para a UBS.

Serviços organizados em rede e voltados para o cuidado integral

As ações de prevenção da APS, apontando para a redução da vulnerabilidade programática, são compartilhadas com a ação social, sendo que o “Lar dos Idosos” do município se destaca como forte apoio à unidade de saúde, em que o idoso recebe o atendimento em casa. Os profissionais expressam que há um olhar especial para o idoso quanto às propostas de gestão social e em saúde.

Lá no lar do idoso [...] eles fazem exercício três vezes por semana, e quem vai lá não vem aqui [...] não tem necessidade por que o atendimento deles já fica pronto por lá, [...] e quando tem médico do ESF ele já abre exame por lá também né? (PM1)

Algum tempo a gestão vem percebendo a necessidade de uma atenção especial com o idoso, tanto é com o município, a gente adotou um lar para acolher essas pessoas, [...] então a gente olha uma pessoa idosa com olhar diferenciado. (PS1)

Diante dos avanços terapêuticos e do aumento das doenças crônicas, são exigidas dos idosos condições cognitivas preservadas para que possam gerenciar o uso de múltiplos medicamentos. Neste sentido, fazendo a integração do idoso com a UBS, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) revela-se como um apoio fundamental para redução da vulnerabilidade programática.

Não dá para contar um dia que eu não atendo um idoso para fazer orientação, quando você chega no último comprimido você nem lembra mais qual foi o primeiro que você orientou de tanto comprimido que os idosos tomam. (PS2)

A gente tem paciente que não sabe ler e a família também não ajuda, aí é a gente que arruma para eles, cada um no seu setor [...] a gente até agenda, a gente leva a guia do agendamento, vai na casa, até leva a psicóloga [...] se precisar buscar, ela pega o carro e busca, então é assim. (PM9)

Para sustentar o cuidado em rede, o profissional de nutrição busca suprir as dificuldades de mudanças nos hábitos alimentares, estimulando a atividade física e a redução do uso de medicamentos, além de fornecer orientações relacionadas às crenças culturais e tradicionais da pessoa idosa que se impõem como obstáculo.

Sempre penso em prevenção, precisa tentar eliminar os fatores que estão atrapalhando a vida dessa pessoa; a pessoa depende de tanto remédio, uma dieta mais correta a gente conseguiria diminuir o colesterol, a gente já tiraria o “medicamento” [...] eles não entendem que precisam seguir um cardápio, que

cardápio vai fazer ação junto com o medicamento (PS5)

O que pode acarretar se ele não fizer uma atividade física. Explicar para ele o porquê da atividade, os benefícios [...] fazendo tipo uma prevenção. (PM4)

Os profissionais consideram que ações apoiadas pela intersetorialidade dos serviços públicos são adequadas para um município de pequeno porte que não possui rede particular de atendimento.

Para nossa cidade eu acho que o serviço é bom! [...] não tem para onde correr se não for posto de saúde [...] tem que pensar como é o atendimento lá (município maior) [...] ele nem sabe para quem reclamar, se a pessoa te trata mal, se tem que ir embora é diferente, aqui ele fala com o prefeito, fala com vice, fala com a vereadora, vai ali fala com a secretária de saúde, mas pelo menos assim garante um atendimento melhor. (PS7)

A proximidade entre usuário e serviços foi verificada durante a pesquisa, o que alertou para a vulnerabilidade programática. As composições gerenciais precisam estar atentas para implementar ações que privilegiem o cuidado do idoso e busquem inibir a proximidade negativa, que gera dependência, subsidiando e fortalecendo as unidades de saúde para prestar a assistência que se espera. Apoiar este modelo de trabalho no qual o profissional de linha de frente destaca-se no papel fundamental de orientação e acolhimento, aponta prioritariamente para a necessidade de capacitações das equipes.

O serviço social referido, o Lar dos Idosos, apresentou-se como modelo no apoio à saúde, com atividades físicas, controle de doenças crônicas e ações recreativas que envolvem os moradores e outros idosos da comunidade. Evidenciando a preocupação da APS com a questão clínica, compartilhando a responsabilidade com a assistência social como incentivo ao cuidado em rede e sendo coerente com as propostas da Política Nacional da Atenção Básica⁽¹⁵⁾.

A vulnerabilidade do idoso é acrescida e conhecida do ACS pelo uso indevido de medicamentos e a polifarmácia. As alterações biológicas somam-se a fatores dificultadores como: financeiro e *deficit* cognitivos e de compreensão.

A gente mesmo vai na farmacinha, pega o remédio corta, coloca na fita põe [...] quem não sabe ler a gente não coloca dia e noite a gente coloca o “solzinho” e a “luinha”. (PM8)

Estudo sobre polifarmácia em idosos concluiu que frente ao fácil acesso aos medicamentos se faz necessária a criação de protocolos clínicos e de maior controle do uso de medicamentos⁽¹⁷⁾. Quando o profissional apenas tomou para si a responsabilidade quanto à organização e administração farmacológica, reforçou-se a situação de dependência. A polifarmácia é um dos indicativos de risco de fragilização e as iatrogenias podem ocorrer quando se ignoram os efeitos colaterais que são confundidos com novas doenças ou atribuídos ao envelhecimento⁽¹⁾.

Neste sentido, é necessário prover meios para o recrutamento do familiar e do cuidador a fim de conscientizá-los quanto aos riscos da polifarmácia e compartilhar a incumbência na administração e controle dos medicamentos.

Dificuldade de recursos humanos e financeiros

Foi registrada, no período de observação, a necessidade de recursos humanos e financeiros adequados ao aumento do número de idosos. Esta também foi a compreensão dos profissionais da equipe do ESF que citam ainda a necessidade da criação de mais uma Unidade Básica de Saúde, apontando que, mesmo com profissionais capacitados, há limitações para a execução dos objetivos e metas da assistência de enfermagem e cuidado adequado.

Tudo infelizmente implica no financeiro[...], eu não posso negar que o nosso equipamento de recursos humanos é insuficiente para a demanda.. (PS1)

A cidade também está crescendo muito! E a equipe é a mesma desde quando eu nem imaginava fazer faculdade[...] você tem que trocar a roda do carro com o carro andando, você não consegue! (PS2)

[...] a equipe como um todo, tem que trabalhar unificada, eu sozinho com esse volume de trabalho eu não tenho um tempo muito grande para dispor[...] porque eu gostaria de ter um tempo maior, uma dedicação mais a fundo sabe? (PS1)

A dificuldade maior que está tendo agora é pelo fato de não ter médico do ESF. (PM4)

Ela {a enfermeira} fica muito sobrecarregada e acaba sobrecarregando o médico também, então todo mundo fica sobrecarregado. (PM4)

O doutor é muito bom, mas agora ele está só nos plantões, ele está como clínico, está atendendo no posto, mas ele não tem tempo de dedicar-se só ao idoso. (PM1)

A dificuldade evidenciada assinala para a adoção de ações intersetoriais que contribuam para informar ao idoso quanto à utilização de recursos, participação social e de enfrentamento de agravos nos eixos social e programático da vulnerabilidade⁽³⁾. A complexidade do problema pode advir do papel assumido pela atenção primária e as redes temáticas, como alertam autores de um estudo em que o contexto de diálogo de gestores se enquadra ao das diretrizes nacionais delineadas aos serviços e APS. Apesar disso, quando da utilização dos serviços pelo cidadão este contexto não se confirma, demonstrando que as práticas que reafirmam a função fundamental da APS na promoção e prevenção e na manutenção da saúde são identificadas de maneira insuficiente, incluídas as procuras de rotina, sendo o serviço da APS reconhecido por conceder apenas procedimentos simples, tais como aferição da pressão arterial ou fornecimento de medicamentos⁽¹⁸⁾.

Os profissionais compreendem a situação do idoso e a estrutura deficitária em que estão imersos, expressando descontentamento entre o trabalho realizado e o almejado. No entanto, a práxis reflete a condição de vitimização e tutela dificultando uma resposta social resolutiva, tornando passivo o indivíduo suscetível que fica à espera das estruturas de saúde. Sustentando a dependência do usuário aos serviços, não haverá contribuição para que ele assuma a corresponsabilidade por medidas protetoras a sua saúde⁽³⁾.

Enquanto a APS buscou solução em uma resposta biológica, tecnicista e imediata, manteve a responsabilidade unilateral firmando-se na constante declaração de sobrecarga e inadequação. Ressalta-se que, a priori, as pessoas não são vulneráveis, elas estão vulneráveis a algo, em algum grau e forma e em certo ponto do tempo e do espaço. Ao vitimizar ou tutelar alguém categorizando como vulnerável, estaremos cultivando o distanciamento do profissional de saúde, “o polo menos prejudicado, no entanto também participante e igualmente vítima”⁽³⁾.

A vulnerabilidade programática apresentou-se na ausência do médico especialista, na falta de agentes de endemias, visto que este papel foi acumulado pelo ACS, e na precária interação entre estes e os demais profissionais. Nas visitas domiciliares notou-se a carência do enfermeiro para prescrição dos cuidados. Apesar das competências recomendadas pela ESF, o ACS não possuía alcance e apreensão

de seu importante papel, reservando-se a atribuições de visitador e entregador de receitas médicas.

A OMS preconiza como parâmetro ideal de atenção à saúde a relação de 1 médico para cada 1.000 habitantes. Pelo Ministério da Saúde cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas em uma determinada área. Para a equipe geral de cuidados a meta fixada pela OMS, em 2006, foi de 22,8 profissionais para cada 10.000 habitantes ⁽¹⁹⁾.

Se considerarmos a diversidade de profissões na equipe de saúde e fizermos o cálculo, apenas utilizando o número de profissionais entrevistados (18), teremos a média de 7,8 profissionais para 3.434 habitantes, restando 10 profissionais numa proporção positiva. Todavia, se refizéssemos o cálculo considerando apenas os profissionais de medicina e enfermagem que somaram apenas cinco, o resultado ficaria aquém do ideal. O que se revelou na narrativa de carência de recursos humanos, tanto para os gestores quanto para os profissionais, é na realidade uma percepção extremamente centrada na presença do profissional médico, descaracterizando a qualidade da equipe multiprofissional da APS. Diversos autores refletem sobre a importância de equipes interdisciplinares para que se possa atender de maneira integral ao idoso ^(20,21).

A descentralização do SUS, por volta do ano de 1990, interferiu e vem interferindo nestes resultados observados, nela “as relações verticais foram priorizadas”, o poder de decisão, encargos gestores e recursos financeiros da União foram transferidos aos estados e municípios. Foi atribuída a esses uma autonomia advinda da inserção da descentralização, sem a estruturação dos serviços de saúde, sem o suporte de recursos financeiros, e ainda sem a garantia da estruturação intersetorial e institucional da União e do Estado ⁽²²⁾.

Referente à gestão do trabalho na ESF, nos chama atenção estudo que investigou a perspectiva de gestores locais sobre as dificuldades e estratégias de enfrentamento, o qual aponta que a hierarquização e a fragmentação do ensino e suas práticas fomentou oposição a mudanças e afastou o profissional de saúde do serviço público e da Atenção Básica, implicando em uma capacitação de saúde regulada no mecanicismo, biologismo, individualismo, especializada e curativista ⁽²³⁾.

Outros estudos identificaram obstáculos como estes apresentados para a produção do cuidado na APS, entre eles, a organização alicerçada em

normas e protocolos com modelos produtivistas, prescritivos e disciplinadores, destacando-se a formação tecnicista dos profissionais e a concepção de cuidado a usuários habituados em receber cuidados vinculados às rotinas e ao consumo de procedimentos em saúde ⁽²⁴⁾. Situação que coloca o trabalhador de saúde no importante papel de garantir a qualidade dos serviços em APS para a proteção de agravos da população de idosos mais suscetíveis, frente às dificuldades da vulnerabilidade programática, sem disponibilidade de recursos sociais, aqui representados pelas estruturas humanas da APS ⁽³⁾.

Melhores respostas deverão surgir por meio dos gestores, na provisão de recursos financeiros e humanos, por novos programas ou redirecionamento da atenção hospitalar. Não se perdendo essa característica particular do pequeno município, em que o acolhimento deve ser mantido e estratégias de manutenção e valorização do trabalhador devem ser criadas.

Alguns limites para o alcance do objeto de estudo estiveram presentes, sem que resultassem em drásticas interferências. A ausência de contratação do profissional de medicina e do enfermeiro para a ESF e a baixa constância de profissionais de enfermagem de nível médio interferem em maior tempo de observação das atividades da ESF e destes profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados demonstraram que, apesar dos profissionais da APS não utilizarem os conceitos de Vulnerabilidade, estes se encontram identificados por eles em suas manifestações e observados em meio ao enfrentamento de dificuldades para uma assistência integral à pessoa idosa. Os trabalhadores enxergam idosos emocionalmente fragilizados e desvinculados da família e do apoio que dela requerem, neste sentido, o profissional compreende que a pessoa idosa substitui a carência apresentada, utilizando os serviços e a atenção encontrados no atendimento na UBS, que, ao mesmo tempo, favorece este laço, tutelando e vitimizando seu cliente.

Sob a ótica do profissional, a característica de pequeno município é favorecedora de um olhar diferenciado ao idoso e de serviços em rede voltados para o cuidado integral. Percebem ainda que a dificuldade de recursos humanos e financeiros

contribui para o aumento de atribuições para as quais não se encontram preparados. Foram verificados e analisados todos os esforços em orientar estratégias de promoção, prevenção e de reabilitação, assim como a lacuna na contratação de recursos humanos como geradora do desvio das ações de promoção e prevenção para ações de caráter biologicista e terapêutico.

A prática verificada esbarra em obstáculos que denunciaram a vulnerabilidade programática do

serviço. Constatou-se que o trabalho, se devidamente estimulado, por meio de capacitações dos profissionais e da comunidade, com o devido incentivo do valor do trabalho de cada componente da equipe multidisciplinar, juntamente a corretos investimentos, poderá transformar-se em estratégias efetivas de serviço em rede para a assistência integral à pessoa idosa.

ELDERLY CARE IN PRIMARY HEALTH CARE FROM THE PERSPECTIVE OF HEALTH PROFESSIONALS

ABSTRACT

The aging of the Brazilian population requires elderly care policies to be evaluated. **Objective:** To identify health professionals' perceptions about elderly care in Primary Health Care. **Method:** Case study with triangulation of data based on Ayres' vulnerability framework, conducted in the north of Paraná, Brazil. Data collection took place from January to March 2016 and was divided into: visit to and interview with the regional coordination, elderly care observation, documental analysis, and focal groups with 18 health professionals. **Results:** The analyses led to three categories: "Social and emotional vulnerability resulting in PHC dependence", "Network-organized services for comprehensive care" and "Poor human and financial resources". Primary Health Care evidences the elderly's social and individual vulnerabilities. Poor human and financial resources and a practice centered on curative, biologicistic and therapeutic actions reveal a programmatic vulnerability, forcing professionals to take on secondary- and tertiary-level roles. **Conclusion:** Changes in management planned according to local difficulties and characteristics could boost strategies that mitigate vulnerabilities by means of qualification actions and strengthening of the social network and existing services.

Keywords: Elderly Care. Primary Health Care. Health Vulnerability. Health Care Quality. Health Care Management.

EL CUIDADO A LA PERSONA ANCIANA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD BAJO LA ÓPTICA DE LOS PROFESIONALES DE SALUD

RESUMEN

Debido al creciente envejecimiento de la población brasileña, es necesario que ocurran evaluaciones de las políticas de atención a la salud del anciano. **Objetivo:** Identificar las percepciones de los profesionales de salud referente al cuidado a la persona anciana en la Atención Primaria a la Salud (APS). **Método:** Estudio de Caso con Triangulación de datos basado en el referencial teórico de Vulnerabilidad de Ayres. Realizado en el norte de Paraná, Brasil. La recolección fue hecha de enero a marzo de 2016, se dividió en: visita y entrevista a la coordinación regional, observación de la atención al anciano, análisis documental y grupos focales con dieciocho profesionales de la salud. **Resultados:** Tras el análisis surgieron tres categorías: "Vulnerabilidad social y afectiva dirigida para dependencia de la APS" "Servicios organizados en red y dirigidos para el cuidado integral" y "Dificultad de recursos humanos y financieros". La Atención Primaria señala vulnerabilidades social e individual de la persona anciana. Dificultades de recursos humanos y financieros, práctica centrada en acciones curativas, biológicas y terapéuticas, denuncian la vulnerabilidad programática; llevando a los profesionales a funciones de nivel secundario y terciario. **Conclusión:** Cambios en la gestión planificados bajo la óptica de las dificultades y características locales podrían potenciar estrategias que disminuyeran las vulnerabilidades por medio de acciones de capacitación y fortalecimiento de la red social y servicios existentes.

Palabras clave: Salud del anciano. Atención primaria a la salud. Vulnerabilidad en salud. Calidad de la atención a la salud. Gestión en salud.

REFERÊNCIAS

1. Moraes EN. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <https://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>.
2. Tallmann AEC, Lenardt MH, Klettemberg DF, Michel T, Lourenço TM. Aging and psychological well-being: an integrative review. Ciênc Cuid Saúde [on-line]. 2013 [citado em 19 out 2018]; 12(3):599-605. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencscuidsaude.v12i3.15949>.
3. Ayres JRCM, França Junior I, Calazans GJ, Salete Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czerina D (Org.), Freitas CM (Org.) Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências. 2ed. rev. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

- Departamento de Atenção Especializada e Temática / DAET. Coordenação Saúde da Pessoa Idosa / COSAPI. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral: XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf.
5. Yin RK. Estudo de Caso: Planejamento e métodos. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010. Cidades: Paraná. [citado em 23 dez 2016]. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=41#topo_piramide.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016.
8. Castro VC, Rissardo LK, Carreira L. Violence against the Brazilian elderlies: an analysis of hospitalizations. Rev. Bras. Enferm.

[on-line]. 2018 [citado em 20 out 2018]; 71(Suppl 2): 777-785. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0139>.

9. Carmona CF, Couto VVD, Scorsolini-Comin F. The experience of loneliness and the social support to elderly women. *Psicologia em Estudo*, Maringá, [on-line]. Out/Dez 2014 [citado em 10 out 2016]; 19(4):681-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-73722395510>.

10. Souza A, Pelegrini TS, Ribeiro JHM, Pereira DS, Mendes MA. Concept of family insufficiency in the aged: critical literature analysis. *Rev Bras Enferm*. 2015; [citado em 09 fev 2019] 68(6):864-73. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680625i>.

11. Pinheiro NCG, Holanda VCD, Melo LA, Medeiros AKB, Lima KC. Inequality in the characteristics of the institutionalized elderly in the city of Natal, Brazil. *Ciênc. saúde coletiva* [on-line]. 2016 Nov [citado em 20 out 2018]; 21(11):3399-3405. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.19472015>.

12. Ventura HN, Fonseca LCT, Nóbrega JYL, Borges BCF, Ventura HN, Nóbrega ML. The health of elderly people bearing alzheimer's disease: an integrative review. *Rev Fun Care Online*. 2018 out/dez; 10(4):941-944. [citado em 11 fev 2019] ISSN 2175-5361. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.941-944>.

13. Carmo, JF, Oliveira, ERA, Morelato, RJ. Functional disability and associated factors in elderly stroke survivors in Vitória, Brazil. *Rev. bras. geriatr. gerontol*. 2016 out [citado em 11 fev 2019]. 19(5):809-818. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150215>.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 553, de 9 de agosto de 2017: Atualiza as disposições sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília, 2017. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso553.pdf>.

15. Marin MJS, Marchioli M, Corrente JE. Primary Health Care in the view of users and professionals in a Brazilian city. *Ciênc Cuid Saude* 2015 Jul/Set; 14(3):1299-1306 [citado em 20 out 2018]. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i3.24050>.

16. Barbosa KTF, Oliveira FMRL, Fernandes MGM. Vulnerability of aged persons in access to services provided in Primary Care. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2017 [citado em 09 fev 2019] 19:a37. doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.40200>.

17. Pereira KG, Peres MA, Iop D, BC, Boing AF, Aziz M, et al. Polypharmacy among the elderly: a population-based study. *Rev. bras.*

epidemiol. [on-line]. 2017 Jun. [citado em 30 out 2018]; 20(2):335-344. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700020013>.

18. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PH do Santos et al. Primary health care and the coordination of care in health regions: managers' and users' perspective. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2017 Abr [citado em 20 fev 2019]; 22(4):1141-1154. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

20. Brito MCC, Freitas CASL, Mesquita KO, Lima GK. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. *Revista Kairós* [Internet]. 2013 jul [citado em 11 fev 2019]. 16(3):161-178. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18552>.

21. Silva JVF, Silva CE, Rodrigues ARA, Miyazawa AP. A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. *Ciências Biológicas e da Saúde*. 2015 maio. [citado em 11 fev 2019]. 2(3):91-100. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/2079>.

22. Pinafo E, Carvalho BG, Nunes EFPA. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016 Mai ; 21(5):1511-1524. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.18942015>.

23. Magnago, C, Pierantoni, CR. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). *Saúde debate*. 2015. 39(104):9-17. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040194>.

24. Santos AR, Carvalho MF, Santos RMM, Anjos SDS, Andrade CS. Production of care in primary health care: a theoretical-philosophical understanding. *Cienc. Cuid. Saúde* 2018 Jul-Set [citado em 21 out 2018]. 17(3):1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v17i3.39945>.

Endereço para correspondência: Rosângela Cabral. Rua Sérvula Assunção, 544 – Jardim São Pedro. Londrina. Paraná. Brasil. Telefone (043) 99692.8418. E-mail: rosangelac@gmail.com

Data de recebimento: 21/10/2018

Data de aprovação: 12/02/2019