



ELEMENTOS QUE INFLUENCIAM NAS PRÁTICAS EM SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA

Andressa Fernandes David da Silva Gomes*
Célia Pereira Caldas**

RESUMO

Objetivos: analisar as práticas realizadas na saúde do idoso na Atenção Básica. **Método:** estudo qualitativo, realizado por meio de entrevista semiestruturada com profissionais de saúde de uma Estratégia Saúde da Família, no município do Rio de Janeiro. O instrumento de coleta de dados foi um roteiro de um questionário semiestruturado e a análise dos dados ocorreu mediante referencial metodológico da análise de conteúdo, proposta por Bardin. O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Rio de Janeiro e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro sob os respectivos pareceres 1.825.251 e 2.011.914. **Resultados:** entrevistaram-se nove profissionais cujas respostas elucidaram a elaboração da categoria “O conhecimento como limitador da promoção da saúde” e das seguintes subcategorias: “Falta de conhecimento para atender e organizar o atendimento ao idoso na ESF”; “Ações profissionais de promoção da saúde pautadas no senso comum”; e “Desvalorização do cuidado de Enfermagem”. **Conclusão:** evidenciou-se que, na Unidade Básica de Saúde em questão, a falta de conhecimento limita a implantação e a execução de ações de promoção da saúde à população idosa. Sendo uma unidade da Saúde da Família, seria uma possibilidade real a integração da promoção da saúde com o cuidado. O trabalho da equipe de Saúde da Família necessita objetivar o máximo de autonomia dos usuários perante suas necessidades.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Promoção da Saúde. Estratégia Saúde da Família. Cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O crescente envelhecimento da população mundial é um fenômeno demográfico que interfere diretamente questões tanto no âmbito social quanto individual. O envelhecimento é um processo dinâmico, logo não é possível detectar seu início e seu fim, e apresenta como consequências alterações nas esferas biológicas, físicas, psicológicas, ambientais, culturais e sociais, levando a sociedade a enfrentar o desafio de criar ações que possam integrar, valorizar e proteger o idoso⁽¹⁾.

A longevidade é um avanço da humanidade, mas os anos a mais de vida requerem um planejamento para que esse processo de envelhecimento possa proporcionar qualidade de vida por meio da manutenção da autonomia e da capacidade funcional. Embora ainda seja necessário ampliar o conhecimento sobre o processo de envelhecimento humano, já está estabelecido que, por apresentar especificidades, o idoso necessita de uma equipe multidisciplinar⁽²⁾. É importante ressaltar que o

foco da intervenção geriátrica é a manutenção e/ou o restabelecimento da funcionalidade da pessoa, e não somente a sobrevivência.

A promoção da saúde da população idosa visa, além da busca por qualidade de vida, à manutenção da capacidade funcional, da autonomia, do funcionamento físico, mental e social, objetivando a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e incapacidades, e, para isso, utiliza-se a educação em saúde. Essa prática é entendida como um processo educativo de elaboração do saber, que contribuirá para o aumento da autonomia coletiva e individual. Como um método pedagógico emancipatório, a educação em saúde cria condições para a construção da autonomia intelectual, configurando-se em uma estratégia fundamental para favorecer a melhoria da qualidade de vida e saúde dos idosos⁽³⁾.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) define promoção da saúde como um conjunto de modos e métodos de gerar saúde tanto na esfera individual quanto na coletiva. Caracteriza-se pela articulação e participação

*Enfermeira, Mestre em Enfermagem, E-mail: andressafdsilva@gmail.com . ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8681-9580>

**Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora titular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, E-mail: celipcaldas@hotmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6903-1778>

intra e intersetorial e pela criação da Rede de Atenção à Saúde a fim de envolver outras políticas e tecnologias que já existem para que se garantam a equidade e a qualidade de vida, com efeito direto na redução de vulnerabilidades e possíveis ameaças à saúde, oriundas dos determinantes econômicos, sociais, culturais, ambientais e políticos⁽⁴⁾.

Para que ocorra o cuidado integral à pessoa idosa, faz-se necessário que exista trabalho conjunto entre equipe de saúde, idoso e sua família. E o primeiro contato do usuário com os sistemas de saúde ocorre na Atenção Básica, ou seja, é o ponto de entrada de fácil acesso do usuário ao sistema de serviços de saúde. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços de saúde, logo age como um elemento estrutural necessário à primeira atenção^(4,5). Assim, em 1994, o Ministério da Saúde (MS) elegeu a Saúde da Família como uma estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica visando implementar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O foco principal dessa estratégia é colocar a família como uma unidade de ação programática de saúde em conjunto com o indivíduo.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) não espera o usuário adoecer para intervir, ou seja, há uma interação com a população, em que se age preventivamente, constituindo-se em um instrumento real de reorganização da demanda. Além disso, reforçam-se as concepções de integração com a comunidade e o enfoque na atenção integral evitando ações reducionistas em saúde, centradas somente na intervenção biológica e médica⁽⁶⁾.

O aumento da busca de idosos por serviços de saúde foi demonstrado pelo estudo realizado por Cesário, no qual a procura pelo atendimento na Atenção Primária em Saúde teve uma redução de 53,2%, em 2008, para 46,2%, em 2019, mesmo assim permanecendo como o principal serviço procurado por essa faixa etária, como também o aumento da busca pelos serviços de pronto atendimento público ou privado, variando de 4,6% na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008 para 14,6% na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019⁽⁷⁾. Diante do que foi apresentado, objetivou-se analisar as práticas realizadas na saúde do idoso

na Atenção Básica, tendo como questão de pesquisa: quais práticas são realizadas na saúde do idoso na Atenção Básica?

MÉTODO

Realizou-se uma pesquisa do tipo descritiva exploratória, com abordagem qualitativa que teve como propósito retratar a realidade local. Os dados foram coletados no período de abril a maio de 2017, em uma Unidade de Saúde da Família, localizada na Zona Sul do município do Rio de Janeiro. A unidade escolhida possui três equipes de saúde da família compostas por uma gerente, um responsável técnico, três enfermeiros, três médicos, três técnicos de enfermagem e dezoito agentes comunitários de saúde.

Os critérios para inclusão dos participantes foram atuar diretamente nas consultas ao idoso na unidade há mais de seis meses e ser médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem. Excluíram-se os profissionais que não atuavam diretamente nas consultas aos idosos.

Participaram do estudo três enfermeiros, três médicos e dois técnicos de enfermagem, que se encontravam em conformidade com os critérios de inclusão e consentiram a participação na pesquisa. Construiu-se um questionário semiestruturado, com a seguinte questão norteadora: quais práticas são realizadas na saúde do idoso na Atenção Básica? E também se solicitou aos participantes que a pesquisadora realizasse uma observação direta das consultas médicas e de enfermagem.

Antes de iniciar as entrevistas, a pesquisadora realizou um contato prévio com a gerente da unidade e os profissionais que seriam entrevistados para saber do interesse, disponibilidade e agendamento do início da coleta de dados. Após o convite verbal, em que todas as informações sobre a pesquisa foram repassadas, incluindo os riscos, benefícios, a participação voluntária e a possibilidade de interrupção ou retirada da pesquisa a qualquer momento, somente um técnico de enfermagem se recusou a participar do estudo.

Todo encontro foi realizado no local e horário pré-acordado com o sujeito, durante a jornada de trabalho e nas dependências da unidade de saúde, sendo todas as entrevistas audiogravadas

após a autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como determina a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁸⁾. Os participantes foram nomeados com sua profissão e numeração sequencial.

A pesquisadora acompanhou somente sete consultas, na modalidade observação direta, pois encontrou barreira por parte dos profissionais da unidade para assistir às consultas. Desse total, três consultas médicas e quatro consultas de enfermagem. O tempo médio das consultas variou entre 10 e 30 minutos. Atenderam-se cinco mulheres e dois homens, com idade média de 69 anos e sem acompanhantes. Os consultórios possuem um tamanho confortável, climatização e materiais necessários à realização de uma consulta.

Para processar os dados, realizou-se a transcrição fiel das falas dos participantes, sendo efetuadas a leitura flutuante e a releitura exaustiva das transcrições. Após apreciada as informações, houve uma aproximação com os achados dos depoimentos, dos quais foram extraídas as unidades relevantes para o estudo e estabelecimento das categorias significativas.

A análise de dados obtidos nas entrevistas foi feita com base no referencial metodológico da análise temática de conteúdo de Bardin, que consiste em um conjunto de instrumentos metodológicos em contínuo aperfeiçoamento, utilizado em diversos tipos de discursos. Bardin organiza a análise dos dados em três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados e interpretações⁽⁹⁾.

O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Rio de Janeiro e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) sob os respectivos pareceres 1.825.251 e 2.011.914.

RESULTADOS

Entrevistaram-se oito profissionais, sendo três enfermeiras, três médicas e dois técnicos de enfermagem que atuam no atendimento direto ao usuário idoso. Do total de entrevistados, somente um do sexo masculino. O tempo de atuação na unidade variou entre 7 meses e 6 anos. A média de idade dos profissionais foi de 40,5 anos.

Durante as entrevistas, identificou-se uma preocupação dos enfermeiros com o acompanhamento do compromisso dos idosos com o plano de ação traçado durante a consulta de enfermagem anterior, mas em nenhum momento se mencionou elaboração de um plano terapêutico singular. Verificou-se que esses profissionais realizam a busca no prontuário eletrônico para dar prosseguimento ao novo encontro, utilizando o sistema de informação clínica para identificar os comportamentos anteriores, registrar os atuais e verificar se os fatores pessoais que interferiram no comportamento promotor de saúde continuam os mesmos ou se houve alguma mudança nessa área que poderá prejudicar o compromisso com o plano de ação.

Também se identificou que os enfermeiros conseguiram identificar os sentimentos dos usuários em relação ao comportamento e as barreiras que os mesmos possuíam para adotar hábitos saudáveis de saúde. Mas, mesmo existindo um suporte às decisões, a identificação das influências e situações que desencadeariam em ações promotoras de saúde, não se observaram ações de autocuidado apoiado. Pois, para que seja realizado o autocuidado apoiado, faz-se necessário que ocorra a elaboração, de maneira coletiva, de metas, estratégias de cuidado, empoderamento, educação em saúde e monitoramento das ações, e não somente a identificação dos problemas sem que haja uma intervenção direcionada⁽¹⁰⁾.

Também não se verificou a existência de um desenho do sistema de prestação de serviços e os recursos da comunidade.

Após análise das entrevistas com os profissionais, emergiu a categoria “O conhecimento como limitador da promoção da saúde”, com as seguintes subcategorias: “Falta de conhecimento para atender e organizar o atendimento ao idoso na ESF”; “Ações profissionais de promoção da saúde pautadas no senso comum”; e “Desvalorização do cuidado de Enfermagem”.

O conhecimento como limitador da promoção da saúde

O conhecimento é entendido como a técnica de verificação de um determinado objeto, em

que técnica de verificação corresponde a qualquer mecanismo que permita descrever, calcular ou prever de maneira controlada um objeto. O objeto refere-se a qualquer fato, aspecto, propriedade ou realidade suscetível a tal processo. A autora ainda define conhecimento como posse de uma determinada habilidade específica aplicada em uma esfera definida⁽¹¹⁾.

Resume-se conhecimento como “procura de respostas ou de busca de causas para o saber de uma coisa ou de tudo que se entende no plano da sabedoria, a qual, no contexto primordial da cultura helênica, comportava o conhecimento científico e o saber prático da arte”^(11:42).

Além do conceito de conhecimento, é necessário se atentar sobre a gestão do conhecimento sob a perspectiva holística, tendo em vista que cada indivíduo possui o seu “eu” que é composto por personalidade, saberes, vivências, cultura, ciência, religião, ou seja, é um conjunto que resulta na percepção de determinado fato ou fenômeno, gerando o conhecimento a partir de sua gestão com o grupo “eu”⁽¹²⁾.

Falta de conhecimento para atender e organizar o atendimento ao idoso na ESF

Esta subcategoria revela a falta do conhecimento científico. Pois esse tipo de conhecimento é caracterizado por um agrupamento ordenado de saberes acerca de um objeto atingido através da observação, de um método próprio e da experiência dos acontecimentos⁽¹²⁾.

Ao responderem às seguintes perguntas: “Como ocorre o atendimento ao idoso nesta unidade de saúde? Você utiliza algum método ou segue algum protocolo para realizar o atendimento ao idoso?”, evidenciou-se, nas falas dos participantes da pesquisa, que é importante que as ações de saúde estejam embasadas pelo conhecimento científico, além do atendimento ser baseado na vivência e nas emoções do profissional. Mas, que, na referida unidade de saúde, não se segue nenhum protocolo de atendimento específico para a população idosa:

Não sigo protocolo. Só sigo protocolo se ele tiver alguma doença crônica, protocolo pra avaliação de doença cardiovascular, só. Mas específico do idoso, não. (Enfermeira 1)

Como ocorre? Em que sentindo? Ocorre como qualquer outro, não existe fluxo estabelecido. O fluxo é atendimento à população independente da faixa etária, não tem nenhum fluxo especial não, a gente atende como todos os outros [...] os usuários quase não esperam e entram aí, então, os usuários idosos, eles não têm nenhuma preferência, digamos assim, por serem idosos, né?! Se é isso que você quer saber, assim, é um atendimento ao público, um atendimento aos usuários do território e se eles são crianças, gestantes, idosos ou adulto, eles têm o mesmo fluxo de atendimento. (Médica 2)

Ações profissionais de promoção da saúde pautadas no senso comum

Esta subcategoria se diferencia da anterior, pois os participantes da pesquisa utilizam o senso comum, e não o conhecimento científico.

Santos conceitua senso comum como uma “distinção hierárquica entre conhecimento científico e conhecimento vulgar tenderá a desaparecer e a prática será o fazer e o dizer será a filosofia prática”. O mesmo autor diz que a ciência moderna foi elaborada como sendo uma oposição ao senso comum, por considerá-lo “superficial, ilusório e falso”, e que a ciência pós-moderna surgiu para legitimar a relevância do senso comum, apontando o poder que o mesmo tem de potencializar a relação dos seres humanos com o mundo. O senso comum também produz conhecimento, mesmo que ele seja um “conhecimento mistificado e mistificador”, e esse conhecimento gerado pode ser ampliado por meio do diálogo com o conhecimento científico⁽¹³⁾.

Precisa-se que ocorra uma quebra epistemológica contrária àquela que ocorreu na ciência moderna, isto é, em vez de se afastar do senso comum para alcançar um nível qualitativo para a pesquisa científica, faz-se necessária uma aproximação desse conhecimento com o conhecimento do senso comum, pois o conhecimento científico pós-moderno só se mostra como tal ao passo que se transforma no senso comum e não se pode negar que o conhecimento científico surge a partir do saber vulgar⁽¹³⁾.

A primeira fala ressalta o uso do senso comum pela enfermeira ao fornecer orientações para a família, já a segunda demonstra o uso do senso comum dos profissionais para atender a população idosa:

Então, eu tenho umas coisas que ensino pras famílias, que eu mando observar, que eu aprendi com o dia a dia da vida, não foi na faculdade que me ensinou, foi o dia a dia mesmo. (Enfermeira 3)

A nossa unidade tem muito idoso, nós pedimos que o Nasf inclusive tivesse um geriatra, né?! [...] E se não tem no Nasf, pelo menos lá (na CAP) era o primeiro a ter pra dar esse suporte, elas (as médicas da unidade) tão atendendo e indo e aprendendo de acordo com a experiência prática delas, entendeu?! (Enfermeira 2)

Desvalorização do cuidado da enfermagem

Ao não valorizar o trabalho da enfermagem, principalmente o saber da enfermagem gerontológica, os participantes da pesquisa apontam uma deficiência do conhecimento político no campo da ESF.

A primeira fala ressalta o atendimento ao idoso sem respeitar suas especificidades. A segunda retrata a desvalorização do cuidado da enfermagem gerontológica. Na terceira fala, a técnica de enfermagem reconhece a importância da consulta de enfermagem:

Idoso, se tiver alguma doença crônica, ele vai seguir um protocolo diferenciado, tipo, se ele for hipertenso, diabético, é, pode ser que seja de três em três meses, quatro em quatro meses, seis em seis meses. Se ele não tiver doença nenhuma crônica, não tiver nenhum problema de saúde específico, a consulta é uma vez por ano. (Enfermeira 1)

Aqui? Acho que aqui poderia melhorar pra gente, era a gente ter um NASF de geriatria, pra fazer um matriciamento com a gente, né[...]aquele cara que[...] um geriatra mesmo, sabe? De preferência um médico especialista, um enfermeiro não[...] um NASF geriatra.(Enfermeira 3)

[...] a maioria aqui quer consulta com o médico, não quer consulta com a enfermeira. Infelizmente, ainda existe esse preconceito com a enfermagem, que não deveria né?! Que o enfermeiro é tão qualificado quanto o médico pra poder tá fazendo um atendimento. Essa é a principal queixa, “mas porque o enfermeiro? Não pode ser com o médico? Eu quero com o médico!”. Aí, fica difícil, né?! (Técnica de Enfermagem 2)

DISCUSSÃO

O estudo mostrou que os profissionais possuem conhecimento sobre o predomínio de doenças crônicas e comorbidades entre a maioria dos idosos atendidos. No entanto, verificou-se uma lacuna no conhecimento entre os participantes do estudo sobre modelos de atenção que possibilitassem um atendimento mais objetivo, direcionado e sistematizado.

Nesse sentido, o Modelo de Atenção Crônica é um modelo que tem sido utilizado na Atenção Básica para sistematizar uma assistência voltada ao fortalecimento da confiança e ao desenvolvimento de habilidades do usuário, de forma que ele possa gerir sua condição crônica. Esse modelo reforça a importância de elaborar um plano de cuidados com o usuário e realizar um acompanhamento frequente, além da oferta de tratamento adequado para controle da doença, prevenção de agravos e promoção da saúde. O estabelecimento de vínculo entre o usuário e o profissional é essencial para o sucesso de todo planejamento realizado⁽¹⁴⁾.

Outra lacuna verificada foi a ausência de alguma teoria fundamentando as consultas de enfermagem. Essa lacuna é preocupante, pois a utilização de modelos e teorias facilita a compreensão dos determinantes dos problemas de saúde e aponta soluções para que respondam às necessidades e interesses das pessoas envolvidas, além disso, são referência para todas as áreas da prática da enfermagem⁽¹⁵⁾.

Uma das teorias de enfermagem mais utilizadas na Atenção Básica é o modelo da promoção da saúde de Nola Pender, que articula as teorias de enfermagem e as teorias comportamentais. Esse modelo tem o objetivo de compreender os principais determinantes da saúde para o aconselhamento comportamental a fim de promover estilos de vida saudáveis e, assim, atingir resultados desejados. Dessa forma, o profissional consegue avaliar, planejar e intervir utilizando estratégias de promoção da saúde como uma base para protocolos de estruturação e intervenções de enfermagem⁽¹⁶⁾.

Em relação ao fato de as *ações profissionais de promoção da saúde serem pautadas no senso comum*, faz-se necessário discutir aspectos positivos e negativos. Santos afirma que a ciência moderna foi elaborada como sendo uma oposição

ao senso comum, por considerá-lo “superficial, ilusório e falso”, e que a ciência pós-moderna surgiu para legitimar a relevância do senso comum, apontando o poder que o mesmo tem de potencializar a relação dos seres humanos com o mundo. O senso comum também produz conhecimento, mesmo que ele seja um “conhecimento mistificado e mistificador”, e esse conhecimento gerado pode ser ampliado por meio do diálogo com o conhecimento científico^(13: 88-89).

A ciência pós-moderna, ao “sencomunicar-se”, não menospreza o conhecimento que resulta em tecnologia, mas compreende que, como o conhecimento deve se transformar em autoconhecimento, o desenvolvimento tecnológico deve, por sua vez, transformar-se em sabedoria de vida^(13:91).

A aproximação do senso comum com o saber científico pode apresentar-se como algo arriscado, mesmo tendo que o saber e experiência de cada indivíduo são únicos. Porém, não se pode negar que tanto o senso comum quanto a ciência são constituídos em diferentes contextos, mas que também podem ser complementares⁽¹⁷⁾.

Tendo o senso comum como bem próprio e cultural, o conhecimento científico consiste em um bem público universal que possibilita relações interpessoais e sociais, além do surgimento de um novo conhecimento popular. Dessa forma, é possível compreender que a relação entre conhecimento científico e senso comum é uma via de mão dupla⁽¹⁸⁾.

Assim, faz-se necessário que os profissionais da saúde reconheçam o vínculo existente entre a ciência e o senso comum, sob uma perspectiva filosófica, para que, utilizando os dois conhecimentos existentes, seja possível construir novos conhecimentos e utilizá-lo em sua rotina de trabalho. Defende-se que “a distinção hierárquica entre conhecimento científico e conhecimento vulgar tenderá a desaparecer e a prática será o fazer e o dizer será a filosofia prática”^(13:20).

De acordo com as falas referentes à subcategoria “Desvalorização do cuidado da enfermagem”, as enfermeiras atendem os idosos do mesmo modo que atendem qualquer outro usuário, sem levar em conta as especificidades da idade e tendo como base somente a patologia, seja ela hipertensão, diabetes ou qualquer outra condição crônica.

O papel de atuação da enfermeira na ESF é

vasto, ele abrange a gestão da equipe de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde, as atividades gerenciais e o atendimento ao usuário. Nesse último caso, o atendimento se dá por meio das visitas domiciliares, da consulta de enfermagem e das ações realizadas na comunidade e esse atendimento deve ser voltado para todas as etapas do desenvolvimento do ser humano, no qual se inclui a assistência à saúde da pessoa idosa.

Quando o enfermeiro, que atua na ESF, trabalha em conjunto com a comunidade e a família na saúde do idoso, ele consegue identificar potenciais danos à saúde da pessoa idosa e, com isso, desenvolver ações participativas e eficientes, seja de maneira coletiva ou individual, que promovam uma vida e um processo de envelhecer saudáveis⁽¹⁹⁾.

Na Atenção Básica, o enfermeiro gerontogerátrico direciona seu cuidado para as peculiaridades do ser idoso, seguindo, assim, uma conduta ética, consegue estabelecer relações e gerar vínculos com o idoso, sua família e a comunidade onde está inserido. O objetivo é encontrar recursos para solucionar problemas e, desse modo, melhorar o bem-estar e a qualidade de vida do idoso, e isso se dá por meio de uma atuação que seja interativa, de caráter proativo, baseada na conversa e compartilhamento de conhecimento científico do profissional com o próprio usuário, com o meio no qual ele está inserido e seu núcleo familiar⁽¹⁹⁾.

A função da enfermagem gerontológica é oferecer um atendimento integral ao usuário e sua família. Para alcançar tal objetivo, sua prática tem como principais metas promover uma vida saudável; compensar limites e incapacidades; apoiar e controlar o curso do envelhecimento; ofertar tratamentos e cuidados específicos; e facilitar o processo de cuidar⁽¹⁹⁾.

Acima de tudo, o enfermeiro enquanto membro da equipe de saúde, tem o dever de conhecer a realidade das famílias nos âmbitos físicos, mentais, demográficos e sociais para garantir uma assistência contínua e integral a todos os membros. Dessa maneira, o enfermeiro poderá oferecer uma rede de suporte social ao idoso pautada em uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, respeitando sempre a cultura local e as peculiaridades do envelhecer⁽⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa evidenciaram que, na UBS em questão, lacunas no conhecimento limitam a implantação e a execução de ações de promoção da saúde específicas para o idoso. Sendo uma unidade da ESF, haveria uma possibilidade real de integração da promoção da saúde com o cuidado, uma vez que as equipes de saúde na Atenção Básica, especialmente da Saúde da Família, possuem ferramentas importantes para proporcionar uma atenção humanizada. Em relação ao idoso, o trabalho da equipe de Saúde da Família deve buscar o máximo de autonomia dos usuários perante suas necessidades. Mas, a marcante presença do modelo biomédico nas práticas dos profissionais da unidade estudada dificulta a implantação das ações de promoção da saúde.

Os objetivos foram alcançados, porém este estudo apresentou como limitação a dificuldade, imposta pelos limites da própria pesquisa, por parte de alguns participantes, em relação à observação direta das consultas médicas e de enfermagem. Outra limitação da pesquisa é que o desenho investigação das autoras possibilitou o

acesso apenas à perspectiva dos profissionais entrevistados nessa unidade localizada e apresenta como resolução dessa questão a ampliação do desenho para outras unidades.

A equipe de saúde atua de forma reativa (e não proativa), com ações pautadas no modelo biomédico. Tal procedimento prejudica a criação de vínculo com o usuário e, como consequência, não se estabelece um compromisso com o plano de ação, pois o usuário não se sente participante desse plano. Assim, o processo que gera usuários ativos e informados não se dá completamente. O resultado esperado de tal processo é a estagnação ou piora do quadro clínico e funcional pelo fato do usuário não ter desempenhado um comportamento ativo de promoção da saúde.

Os dados da pesquisa demonstram uma dificuldade no sistema, sobretudo da Atenção Primária, em efetivar sua função como ordenadora e coordenadora do cuidado, o que representa um problema nacional. Diante do exposto, é marcante a necessidade de se estabelecer um programa de educação permanente que aborde desde os princípios básicos do SUS, passando pela importância da promoção da saúde, até as especificidades da atenção à pessoa idosa.

ELEMENTS THAT INFLUENCE THE HEALTH PRACTICES OF THE ELDERLY PERSON IN PRIMARY CARE

ABSTRACT

Objectives: to analyze the practices held in the health of the elderly person in Primary Care. **Method:** qualitative study, performed through semi-structured interviews with health professionals from a Family Health Strategy in the city of Rio de Janeiro. The data collection instrument was a script of a semi-structured questionnaire and the data analysis took place through the methodological framework of content analysis proposed by Bardin. The research project was approved by the Research Ethics Committee of the University of Rio de Janeiro and by the Research Ethics Committee of the Municipal Health Department of Rio de Janeiro under the respective opinions 1.825.251 and 2.011.914. **Results:** nine professionals were interviewed, whose answers elucidated the elaboration of the category "Knowledge as a limiting factor in health promotion" and the following subcategories: "Lack of knowledge to meet and organize elderly care in ESF"; "Professional health promotion actions based on common sense"; and "Devaluation of nursing care". **Conclusion:** it was found that, in the Primary Health Care Unit in question, the lack of knowledge limits the implementation and execution of health promotion actions for the elderly population. As a Family Health unit, the integration of health promotion with care would be a real possibility. The work of the Family Health team needs to aim for maximum user autonomy in the face of their needs.

Keywords: Health of the Elderly. Health Promotion. Family Health Strategy. Nursing Care.

ELEMENTOS QUE INFLUYEN EN LAS PRÁCTICAS EN SALUD DEL ANCIANO EN LA ATENCIÓN BÁSICA

RESUMEN

Objetivos: analizar las prácticas realizadas en la salud del anciano en la Atención Básica. **Método:** estudio cualitativo, realizado por medio de entrevista semiestructurada con profesionales de salud de una Estrategia Salud de la Familia (ESF), en el municipio de Rio de Janeiro-Brasil. El instrumento de recolección de datos fue un guion de un cuestionario semiestructurado y el análisis de los datos ocurrió mediante referencial metodológico del análisis de contenido,

propuesto por Bardin. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Rio de Janeiro y por el Comité de Ética en Investigación de la Secretaría Municipal de Salud de Rio de Janeiro bajo los respectivos informes 1.825.251 y 2.011.914. **Resultados:** se entrevistaron nueve profesionales cuyas respuestas dilucidaron la elaboración de la categoría "El conocimiento como limitador de la promoción de la salud" y de las siguientes subcategorías: "Falta de conocimiento para atender y organizar la atención al anciano en la ESF"; "Acciones profesionales de promoción de la salud basadas en el sentido común"; y "Desdén por el cuidado de Enfermería". **Conclusión:** se evidenció que, en la Unidad Básica de Salud en cuestión, la falta de conocimiento limita la implantación y la ejecución de acciones de promoción de la salud a la población anciana. Siendo una unidad de la Salud de la Familia, sería una posibilidad real la integración de la promoción de la salud con el cuidado. El trabajo del equipo de Salud de la Familia necesita fomentar el máximo de autonomía de los usuarios ante sus necesidades.

Palabras clave: Salud del Anciano. Promoción de la Salud. Estrategia Salud de la Familia. Atención de Enfermería.

REFERÊNCIAS

- Colussi EL, Kuyawa A, Marchi ACB, Pichler NA. Percepções dos idosos sobre o envelhecimento e a violência nas relações intrafamiliares. *Rev. bras. geriatra. gerontol.* 2019; 22(4):e190034. DOI:<https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190034>
- Silveira BC, Kirchner RM, Dallepiane LB. Relação entre indicadores sociodemográficos e antropométricos e atividade física de homens e mulheres idosos. *Ciêncuicuid saúde.* 2018; 17(1). DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuicuidsaude.v17i1.36650>
- Seabra CAM, Xavier SPL, Sampaio YPCC, Oliveira MF, Quirino GS, Machado MFAS. A educação em saúde como estratégia para a promoção da saúde do idoso: uma revisão integrativa. *Rev. bras. geriatra. gerontol.* 2019; 22(4):e190022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.190022>
- Vendruscolo C, Zocche DAA, Kleba ME, Silva KJ, Portaluppi DM, Duarte J, et al. Ações de promoção da saúde dos núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica. *Ciêncuicuid saúde.* 2020;19:e51606. DOI:<https://doi.org/10.4025/ciencuicuidsaude.v19i0.51606>
- Maeyama MA, Brusamarello A, Cardoso C, Munaro CA, Oliveira IC, Pegoretti ML. Saúde do idoso e os atributos da atenção básica à saúde. *Braz. j. develop.* 2020;6(8):55018-36. DOI:<https://doi.org/10.34117/bjdv6n8-063>
- Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017 [citado em 10 out 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Cesário VAC, Santos MM, Mendes TCO, Souza Júnior PRB, Lima KC. Tendências de acesso e utilização dos serviços de saúde na APS entre idosos no Brasil, 2008/ 2017/ 2019. *Cien Saude Colet.* 2021[citado em 6 ago2021]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/tendencias-de-acesso-e-utilizacao-dos-servicos-de-saude-na-aps-entre-idosos-no-brasil-200820132019/18061>
- Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS/MS n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 [citado em 10 out 2020]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Bardin L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2011.
- Theis LC, Mikosz DM, Rosa SV, Moysés ST, Moraes TP. Percepção dos profissionais de saúde em relação à implantação do modelo de atenção às condições crônicas. *RevAtenção Saúde.* 2021; 19(68):7-20.DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol19n68.7411>
- Carvalho V. Sobre conhecimento geral e específico: destaques substantivos e adjetivos para uma epistemologia da enfermagem. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2007;11(2):337-42. DOI:<https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000200024>
- Corrêa F. A gestão do conhecimento holística: delineamento teórico conceitual. *Perspect. Ciênc. Inf.* 2019;24(1):122-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-5344/3542>
- Santos BS. *Um discurso sobre as ciências.* 5ª ed. São Paulo: Cortez; 2008.
- Becker RM, Heidemann ITSB. Promoção da saúde no cuidado às pessoas com doença crônica não transmissível: revisão integrativa. *Texto & contexto enferm.* 2020;29:e20180250. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0250>
- Crivelaro PMS, Posso MBS, Gomes PC, Papini SJ. Consulta de enfermagem: uma ferramenta de cuidado integral na atenção primária à saúde. *Braz. j. develop.* 2020; 6(7):49310-21. DOI:<https://doi.org/10.34117/bjdv6n7-542>
- Bessa CC, Silva LA, Sousa TM, Silva VM, Galvão MTG, Guedes NG. Controle de saúde de celiacos: análise segundo o modelo de promoção da saúde de Pender. *Texto & contexto enferm.* 2020; 29:e20180420. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0420>
- Rodrigues APLS, Lopes IS, Mourão VLA. Eficácia, segurança e qualidade: parâmetros discursivos nas audiências públicas da Anvisa sobre regulamentação e pesquisas com cannabis para fins medicinais. *Teoria e cultura.* 2020; 15(2):134-47. DOI:<https://doi.org/10.34019/2318-101X.2020.v15.29313>
- Schneider MP, Danielewicz TG. Trajetória histórica de um periódico científico: percursos, percalços e desafios. *Conjectura: Filos. Educ.* 2019;24:e019025. DOI: <https://doi.org/10.18226/21784612.v24.e019025>
- Franco PC, Esteves AVF, Oliveira APP, Sampaio SN, Lima ES. Cotidiano do enfermeiro no atendimento ao idoso na estratégia saúde da família em Manacapuru – Amazonas. *CogitareEnferm.* 2020;25:e68253. DOI:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.68253>

Endereço para correspondência: Andressa Fernandes David da Silva Gomes. Rua Jornalista Henrique Cordeiro, 270, apto 507. Barra da Tijuca, Rio de Janeiro. CEP: 22.631-450. E-mail: andressafdsilva@gmail.com

Data de recebimento: 25/01/2021

Data de aprovação: 05/09/2021