



LIMITES E POSSIBILIDADES NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO: perspectivas dos agentes da Estratégia Saúde da Família

Maria do Socorro Silva Alencar¹

Resumo:

Analisamos a atenção à saúde da pessoa idosa a partir das ações implementadas no HIPERDIA e das ações de implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tomando por base a vivência dos agentes sociais envolvidos na Saúde da Família. Nesse percurso apreendemos os obstáculos e as possibilidades desse modelo de atenção centrado na família e seu entorno.

Palavras-chave: Pessoa Idosa; Estratégia Saúde da Família; Política de Saúde.

Abstract:

We analyzed the health care of the elderly person from the actions implemented in HIPERDIA and actions in implementing the National Health Policy for the Elderly building on the experience of social agents involved in Family Health. Along the way we apprehend the obstacles and possibilities of this model of care focused on the family and its surroundings.

Keywords: Aging; Primary health care; Public Health, Public policies for the elderly

¹ Doutora. Universidade Federal do Piauí (UFPI). E-mail: marynut@ufpi.edu.br



1 INTRODUÇÃO

O sistema nacional de saúde, o SUS, para reconstruir o paradigma da saúde pública, tem, na Estratégia Saúde da Família, o projeto político responsável para atender às demandas da população no primeiro eixo da atenção, a partir do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas (BRASIL, 2006a; 2001), além de ser o guia para a gestão do sistema e do trabalho em saúde.

As ações da saúde da família com a pessoa idosa fazem parte do arcabouço das políticas públicas que anteparam o envelhecimento e, por conseguinte, a pessoa idosa. Por essa caracterização situa-se numa dinâmica que abarca princípios e conceitos operacionais que apresentam contradições de natureza político-ideológico ou conceitual.

Desse modo, a ESF pode ser entendida como uma política que se baseia nos modelos dos organismos internacionais financiadores dos programas sociais que prioriza a racionalização e a focalização das práticas de saúde em termos territoriais, populacionais e das ações desenvolvidas nesses territórios.

Campos, Cherchiglia e Aguiar (2002) afirmam que a proposta brasileira, embora seja baseada nas ideias de atenção primária, prevenção de doenças e promoção de saúde internacionais, é considerada original e inédita em sua concepção, não havendo registro de modelos semelhantes em outros países.

Nos dizeres de Sousa e Hamann (2009, p.1326) “a ESF constitui, ainda, uma das resultantes das mobilizações da sociedade brasileira para a construção do direito à saúde ao longo das últimas quatro décadas”, ou seja, o direito a saúde foi uma das grandes conquistas do movimento social brasileiro pela democratização, como um componente constituinte do SUS, com seus princípios de integralidade, equidade e universalidade, de acordo com a Constituição Cidadã de 1988.

As reflexões dos especialistas do campo social e da saúde coletiva sobre a ESF reavivam as ações pontuais e desarticuladas, centradas no médico e no tratamento das doenças. Tais questões retomam a complexidade do enfrentamento da demanda das pessoas idosas no atual cenário do sistema público de saúde que se relaciona com o processo de envelhecimento como questão social, multifacetada, que diz respeito ao conjunto da sociedade brasileira (SOUSA; HAMANN, 2009; LEFEVRE; LEFEVRE, 2007; FACCHINI et al., 2006; SOUZA; GRUNDY, 2004; AROUCA, 2003).

2 ASPECTOS METODOLÓGICOS



Este estudo é recorte da nossa tese de doutorado intitulada “A saúde da pessoa idosa na atenção básica: processos, limites e possibilidades no caso do município de Teresina-Piauí”, que se constitui em uma pesquisa de caráter qualitativo, com seus fundamentos teóricos e empíricos respaldados no procedimento de estudo de caso e nas técnicas de entrevistas, levantamento de dados qualitativos e quantitativos, análise documental, observações *in situ* e anotações de campo (MINAYO, 2008; POUPART et. al., 2008).

Trata-se de uma análise sobre a implementação das ações desenvolvidas no HIPERDIA e das ações de implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa no município de Teresina-Piauí-Brasil. O contexto da pesquisa de campo foi à rede básica de saúde – SUS da Coordenadoria Regional de Saúde centro-norte no segundo semestre de 2009 e primeiro semestre de 2010. Os sujeitos foram profissionais das equipes de saúde da família; gerente e técnicos da Gerência de Atenção Básica da Fundação Municipal de Saúde.

Realizou-se um total de dezessete (17) entrevistas, das quais quatorze (14) com integrantes de dez (10) equipes do universo de análise: Unidade de Saúde da Família (USF-1); Unidade Mista de Saúde (UMS-2); Unidade Básica de Saúde (UBS-3); Unidade Básica de Saúde (UBS-4); e Unidade Básica de Saúde (UBS-5). Médicos 3 (17,65%), Enfermeiros 6 (35,29%), Dentistas 2 (11,76%), Nutricionista 1 (5,88%), Especialista em Saúde Pública 1 (5,88%), Agente Comunitário de Saúde 3 (17,65%) e Técnico de Enfermagem 1 (5,88%). Destes, 2 (11,76%) eram do sexo masculino e 15 (88,24%) do sexo feminino. Além de Gerente e técnicos da Gerência de Atenção Básica (GEAB). Apesar de eles terem firmado seu consentimento livre e esclarecido, a identidade dos sujeitos foi preservada adotando-se a categoria profissional seguida da sigla da Unidade de saúde investigada.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Dimensão político-institucional da organização da atenção à saúde da pessoa idosa na Saúde da Família

O processo organizacional operativo dessa atenção se fundamenta no pacto pela saúde. Este pacto visando superar a fragmentação das políticas e programas de saúde preconiza que o município organize sua assistência a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão, referendados nas três dimensões das esferas do SUS: pacto pela vida, pacto de gestão e pacto em defesa do SUS (BRASIL, 2006b).



Para tal, estabeleceram-se metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais, sendo que as prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local.

Isso é reafirmado no texto da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), revisto e atualizado em 2006, quando são ressaltadas as seis prioridades que os estados, as regiões e os municípios devem destacar no momento de pactuar as ações necessárias ao alcance das metas e dos objetivos dessa política: saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006a).

Aos gestores do SUS compete planejar as ações para o enfrentamento do envelhecimento contemporâneo, norteadas na saúde do idoso, na promoção da saúde e no fortalecimento da atenção básica. Compromisso frente à atual situação da saúde da população brasileira, promulgado no pacto em defesa da vida, que constitui um conjunto de compromissos que deverão tornar-se evidências aos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um (BRASIL, 2006b).

Em vista disso, buscamos entender como vem ocorrendo o processo da organização da gestão da atenção e dos serviços para a população idosa, de acordo com o modelo de saúde local, indagando os entrevistados sobre as bases políticas e institucionais das ações em relação às necessidades das pessoas idosas, sobre o plano de ação da ESF, sobre as contribuições e as possíveis articulações do modelo de atenção básica com determinações da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

As percepções dos profissionais inseridos na Gerência de Atenção Básica (GEAB) / Coordenadoria Regional de Saúde centro-norte e as percepções da equipe multiprofissional de saúde da família, sobre o atual modelo de gestão da atenção à saúde da pessoa idosa na Rede SUS, do município investigado, foram organizadas nas seguintes categorias temáticas:

3.1.1 Planejamento incipiente para as ações norteadas pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

3.1.1.1 Percepções dos gestores e técnicos

No processo de organização da atenção à saúde da pessoa idosa pela Fundação Municipal de Saúde (FMS), houve uma arguição que se repetiu entre os profissionais da GEAB,



que foi a ênfase sobre a proposta de implantação e implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) pelas equipes, iniciada em 2007. A arguição dos sujeitos denota que a atenção à saúde dos idosos se apresenta como uma questão complexa para o serviço municipal, que se desdobra na falta de um plano oficial da FMS para trabalhar as ações norteadas pelas diretrizes da PNSPI na Estratégia Saúde da Família, como também na falta de um órgão/setor nessa instituição que coordene tais ações.

“o município de Teresina ainda não tem um projeto definido para trabalhar ações preventivas. Em 2007, iniciou-se um processo seletivo das áreas que apresentavam maior número de idosos cadastrados para que fosse implantada a Caderneta de Saúde, mas no momento não tem ainda um protocolo fechado, fica para cada equipe fazer conforme seu planejamento local” (gerente).

3.1.1.2 Percepções da equipe multiprofissional

Os posicionamentos dos profissionais do cotidiano das UBS sobre o processo de atenção à saúde dos idosos, a partir da proposta da GEAB para a implantação da CSPI, convergem em parte com os limites apontados no item anterior, mas a ênfase maior recai sobre a desarticulação entre as ações propostas pela Gerência e as ações já implementadas pelas equipes. Essa desarticulação remonta os limites, já apontados em outros estudos, sobre a implementação do sistema nacional de saúde, o SUS, senão vejamos:

“Eu não acho uma ‘coisa’ assim organizada... essa política foi passada para a gente em novembro, teve uma reunião, onde foram repassadas 10 cartilhas (cartãozinho do idoso) para cada agente de saúde, até hoje não chegou... mas, assim, em termos de organização da atenção, eu penso que não é da forma como deveria ser...” (agente de saúde UMS-2).

“Eu acho que é para existir um plano de atenção voltado para as demandas da pessoa idosa [...] mas nós não temos uma política para atender essas questões no momento, não existe, tem no papel, mas para nós, não” (enfermeiro UBS-4).

Apreendemos do exposto que, mesmo com os esforços da GEAB para capacitar os profissionais para trabalharem com a Caderneta de Saúde, do repasse das mesmas entre as equipes e do monitoramento dessas atividades, além dos indicadores de cobertura da ESF, a partir do seu crescimento e do acréscimo de equipes, que o cenário da institucionalização da PNSPI ainda é muito embrionário e, mesmo assim, não abrange a totalidade do município.

Esse fato tem relação com a complexa estruturação do modelo de atenção básica posto em prática pela ESF, que, por sua vez, emergiu de construções teórico-operacionais que



propõem direcionar as ações de saúde no sentido da integralidade, da humanização, da aproximação usuário-serviço e se voltam particularmente para o nível local. Por isso, essa complexidade na condução das ações na Estratégia envolve não somente as facetas da gestão da atenção no planejamento e organização das ações; e na oferta dos serviços, mas, também, as de financiamento.

3.1.2 Ações atendem às doenças

Os estudos afirmam que a hipertensão arterial e o diabetes mellitus são as principais causas de demanda dos usuários de 60 anos e mais que procuram o serviço de saúde. No município estudado os depoentes reafirmam o cotidiano das práticas de tratamento das doenças crônicas a partir do HIPERDIA, no qual as ações para o cuidado em saúde tinham como base os diagnósticos clínicos realizados pelo médico, dentista ou enfermeiro durante a consulta de rotina ou a identificação das intercorrências durante a visita domiciliar em equipe:

“Na minha equipe, nós não trabalhamos voltados, especificamente, para o idoso. Porque o idoso, ele é trabalhado junto com o grupo de hipertensos e diabéticos; a maioria dos nossos idosos é do grupo de hipertensão ou diabetes, então, as ações são voltadas para o HIPERDIA” (médico USF-1).

Como preconiza a PNSPI, a saúde do idoso impõe para os sistemas de saúde locais a estruturação do cuidado de saúde com práticas que abarquem a avaliação multidimensional que inclua, além do tratamento das doenças, outras ações para promover o envelhecimento saudável e ativo. Nesse caso, o HIPERDIA é um dos elementos desse cuidado, mas não o único.

Apesar de a Estratégia de Saúde da Família, em seu movimento de expansão, ser considerada a política para a conversão do modelo de atenção básica em nível nacional, acolhendo inclusive a saúde do idoso como uma ação efetiva desde 2006, vários fatores são apontados nos estudos nacionais como possíveis limites para a implementação dessas ações que visem ao cuidado integral para a saúde e não apenas à doença.

Os autores assinalam os seguintes: a oferta consolidada de uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída, a predominância da modalidade tradicional de atendimento à demanda e de programas verticalizados sem estabelecimento de vínculos com a população do seu território, somados aos elevados níveis de exclusão no acesso aos serviços de saúde e os agravos de saúde característicos dos centros urbanos (SOUSA; HAMANN, 2009; PERES, 2007; VIEIRA et al., 2005).



Como ressalta Sousa e Hamann (2009, p. 1329) “a inexistência de uma rede regionalizada de referência e contrarreferência de serviços assistenciais são limites para a oferta de atenção integral” aos usuários destes serviços. Por isso, “não alteram substancialmente a lógica organizativa dos serviços e sistemas locais de saúde”.

Percebemos que a atenção a esse segmento da população tinha como parâmetro a doença em vez do fator idade. Isso contraria as determinações da PNSPI em sua diretriz basilar, que objetiva manter a funcionalidade do idoso, apesar das progressivas limitações, por meio da promoção de saúde.

A garantia da atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, norteadas pelos princípios do SUS e na premissa da PNSPI, ainda não faz parte das ações e serviços. Portanto, não respondem, de um lado, às questões relacionadas à saúde do idoso, assumidas pelos gestores do SUS no pacto pela saúde; do outro lado, também não atendem aos argumentos de que a proteção social protege e assiste a coletividade em situações de vulnerabilidade, (o caso específico dos idosos frágeis ou em processo de fragilização), em diferentes momentos de exposição a riscos decorrentes das transformações socioeconômicas e tecnológicas, como argumentam Lefevre; Lefevre (2007) e Viana; Levcovitz (2005).

3.1.3 Ações fragmentadas e descontínuas

Os argumentos dos entrevistados dão conta de que a dinâmica dessas ações assumia características de ações fragmentadas e descontínuas pela excessiva demanda dessa população nesses serviços e pela insuficiência das ações programáticas já implementadas no HIPERDIA.

“a avaliação da capacidade funcional do idoso, avaliação global, funcionalidade da família, ainda, não cobrimos todos da nossa área, não temos a avaliação de todos” (médico UBS-3).

“[...] mas essas visitas domiciliares, também é preciso ser falado, que elas são muito limitadas [...] que elas não vão fazer mágica, não vão evitar que a família tenha que trazer o idoso para a Rede, se eles quiserem fazer os exames; se eles quiserem ter uma medicina especializada” (enfermeiro UBS-5).

O registro significa que a assistência à população idosa, mesmo com suas diferenciações, traz o apelo da ação como técnica direcionada para o tratamento medicamentoso, uma vez que os profissionais ainda não incorporaram às suas rotinas o trabalho de educação em saúde que permeie a promoção, ou seja, a porta de entrada na maioria das unidades de saúde



trabalha centrada mais em critérios normativos, voltados aos interesses dos agentes sociais e não aos interesses dos usuários idosos.

Enfatizamos, ainda, que, mesmo naquelas áreas onde as atividades já estão em processo, requerem a adoção de novos posicionamentos que sejam capazes de convencer a população do impacto que terão as práticas preventivas e promocionais no bem-estar ao longo do curso da vida, para que a estratégia, midiaticado no acolhimento, na humanização e na longitudinalidade do cuidado, possa assegurar as condições de qualidade de vida dos idosos, tanto em seu contexto familiar, quanto no social.

4 CONCLUSÃO

O “novo” paradigma de saúde para a atenção às pessoas idosas que busque avaliá-las multidimensionalmente a partir de suas capacidades funcionais ainda não se constitui em estratégia, neste município, que seja capaz de transformar o modelo tecnoassistencial da rede básica de saúde em um modelo mais amplo e complexo, que possa interferir na qualidade de vida delas e reafirmar o compromisso com o cuidado individual e a saúde coletiva.

Portanto, se houve avanço na proposta de universalização do acesso e integralidade do cuidado em saúde na base do SUS pelo viés jurídico institucional, esse mesmo avanço não se fez acompanhar de ações efetivas na saúde da família, pois, os impasses persistem nessa Estratégia, para que haja a implementação de ações de promoção e proteção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento ativo, saudável e autônomo, na atual conjuntura da sociedade brasileira, marcada pelas iniquidades sociais.

REFERÊNCIAS

AROUCA, S. **O Dilema Preventivista**: contribuição para compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: UNESP, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: Ed Ministério da Saúde; 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: MS; 2001.



CAMPOS, F. E; CHERCHIGLIA M. L; AGUIAR R. A. T. Reflexões sobre saúde da família no Brasil: desafios e oportunidades. **Rev. Brasileira de saúde da família**, v.2, n.5, p.71-79, 2002.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.669-681, 2006.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de saúde** - a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento** – pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

PERES, E. M. O programa saúde da família no enfrentamento das desigualdades sociais. **Revista Aquichan**. Ano 7, v.7, n.1, p.64-76, 2007.

POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

SOUSA, M. F; HAMANN, E. M. Family Health Program in Brazil: an incomplete agenda? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, supl. 1, p.1325-1335, 2009.

SOUZA, E. M; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p.1354-1360, 2004.

VIANA, A. L; LEVCOVITZ, E. Proteção Social: introduzindo o debate. In: VIANA, A. L; ELIAS, P; IBÁÑEZ, N. (orgs.). **Proteção Social**: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 2005, p.15-57.

VIEIRA, E. T. et al. O Programa Saúde da Família sob o enfoque dos profissionais de saúde. **RBPS**, v. 17, n. 3, p.119-126, 2005