

FACILIDADES E DIFICULDADES NA ASSISTÊNCIA AO IDOSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

FACILITIES AND DIFFICULTIES IN ELDERLY CARE IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

FACILIDADES Y DIFICULTADES EN LA ATENCIÓN AL ANCIANO EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

Terezinha Barbosa de Barros¹, Evanira Rodrigues Maia², Lorita Marlena Freitag Pagliuca³

Objetivou-se apresentar o perfil dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, identificando ações prestadas, facilidades e dificuldades enfrentadas na assistência ao idoso. Pesquisa descritiva, quantitativa, realizada em Caririáçu/CE/BR, de maio a junho/2009 por meio de questionário. Dos 21 participantes a maioria era enfermeiro, mulheres entre 20-30 anos, 13 especialistas. As ações da atenção básica fundamentavam-se nos indicadores do Pacto pela Vida buscando reduzir internamentos e complicações por quedas, diabetes, hipertensão arterial, além de promover imunização, visitas domiciliares e educação em saúde. A maioria dos profissionais afirma inexistir facilidades para assistir o idoso; as dificuldades são baixa assiduidade dos idosos e necessidade de capacitação do profissional para intervir no processo de envelhecimento. Urge desenvolver competência profissional focada no idoso para atuar na humanização, acolhimento, hábitos saudáveis, avaliação global, suporte familiar e social, percepção de fragilidade intrafamiliar e maus-tratos, uso de medicamentos, osteoporose, incontinência urinária, depressão, demência e AIDS.

Descritores: Saúde da Família; Saúde do Idoso; Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde para Idosos.

The aim of this work is to present the profile of Family Health Strategy professionals, identifying facilities and difficulties faced in elderly care. It is a descriptive, quantitative research, carried out in Caririáçu/CE/BR, between May and June 2009, using a questionnaire. Out of the 21 professionals who were interviewed most were female nurses aged between 20 and 30 years, 13 of which were specialists. Primary care actions were based on the indicators of the Pact for Life, aiming to reduce hospitalizations and complications caused by falls, diabetes and arterial hypertension, besides promoting immunization, home visits and health education. Most of the professionals report that there are only difficulties in elderly care, they include the elderly low assiduity and need for professional training to interfere in the aging process. We need to develop professional competence focused on the elderly to act in humanization and reception, healthy habits, global assessment, family and social support, perception of fragility and intra-family abuse, drug use, osteoporosis, urinary incontinence, depression, dementia, and AIDS.

Descriptors: Family Health; Health of the Elderly; Primary Health Care; Health Services for the Aged.

El objetivo fue presentar el perfil de profesionales de la Estrategia Salud de la Familia, identificando acciones ofrecidas, facilidades y dificultades enfrentadas en la atención al anciano. Investigación descriptiva, cuantitativa, en Caririáçu/CE/BR, de mayo a junio/2009, a través de encuesta. De los 21 participantes, la mayoría era enfermero, mujeres entre 20-30 años, 13 especialistas. Las acciones de atención básica fueron basadas en el Pacto por la Vida, para reducir hospitalizaciones y complicaciones por quedas, diabetes, hipertensión, además promover inmunización, visitas domiciliares y educación en salud. La mayoría de los profesionales señaló que no existen facilidades para asistir al anciano; las dificultades son baja asiduidad de estos y necesidad de capacitación profesional para intervenir en el proceso de envejecimiento. Es urgente desarrollar competencia profesional para humanización, acogimiento, hábitos saludables, evaluación global, soporte familiar y social, percepción de fragilidades intrafamiliar y malos tratos, uso de medicamentos, osteoporosis, incontinencia urinaria, depresión, demencia y SIDA.

Descritores: Salud de la Familia; Salud del Anciano; Atención Primaria de Salud; Servicios de Salud para Ancianos.

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Regional do Cariri. Membro da ESF de Caririáçu, CE, Brasil. E-mail: terezinha-barros@ig.com.br

² Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Bolsista do CNPq/Brasil. E-mail: evanira@bol.com.br

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem da UFC. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: pagliuca@ufc.br

INTRODUÇÃO

Considerado rotineiramente um fenômeno, o envelhecimento é hoje uma realidade na maioria das sociedades. Quer em âmbito mundial quer no Brasil, a população está envelhecendo. No Brasil, segundo se estima, há cerca de 17,6 milhões de idosos, ou seja, 9,7% da população⁽¹⁾.

Tal cenário provocará, na sociedade e na família, mudanças para atender a esta população. No entanto, o envelhecimento não é da mesma natureza para todos os seres humanos. Sofre influência dos processos de exclusão associados a gênero, etnia, raça, condições sociais e econômicas, região geográfica de origem e localização de moradia⁽²⁾, além do acesso, existência e consistência das políticas públicas de promoção da saúde no envelhecimento.

O envelhecimento envolve tanto o processo natural de redução progressiva da capacidade funcional dos indivíduos, senescência, como situações passíveis de causar condições patológicas que requeiram assistência, ou seja, a senilidade⁽³⁾. Contudo, os efeitos do envelhecimento podem ser minimizados pela adequação do cuidado relativo à promoção da saúde e aos estilos de vida.

Assim, o conceito de envelhecimento ativo coaduna-se à perspectiva do cuidado antecipado no qual as políticas públicas devem promover medidas destinadas a ensejar práticas de saúde adequadas, participativas e seguras⁽¹⁾.

Nesse intuito, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa⁽⁴⁾ a qual estabelece a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como nível assistencial preferencial de acesso ao cuidado do idoso. Em 2006, com a perspectiva de consolidar o modelo assistencial de vigilância à saúde, formalizava-se o Pacto da Saúde com vistas a articular as esferas de gestão do Sistema único de Saúde (SUS) em torno das prioridades e compromissos das áreas estratégicas da atenção básica pelo Pacto pela Vida (Política Nacional de Atenção Básica), no Pacto de Gestão e na defesa do SUS⁽⁴⁾.

Das prioridades estabelecidas no Pacto da Saúde de 2006, tem especial relevância o planejamento de ações de saúde direcionadas à pessoa idosa⁽⁴⁾. A Portaria 325/08 reitera a saúde do idoso como área estratégica da atenção básica, a qual deve ser monitorada e avaliada por meio de um conjunto de indicadores direta e indiretamente relacionados à saúde da pessoa idosa com

o controle de doenças crônicas como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, redução das incapacidades por fratura de fêmur e inspeção de instituições de longa permanência para idoso, além da implementação da caderneta de saúde do idoso⁽⁵⁾.

A ESF, como política estruturante do SUS, deve privilegiar a assistência ao idoso de modo ascendente no sistema de saúde. Desse modo, os municípios devem não apenas pactuar anualmente os indicadores de saúde da atenção básica, mas organizar a rede assistencial com prerrogativa de acesso a procedimentos especializados que podem ser realizados em nível local ou em tratamento fora do domicílio, em suas regiões de saúde. Isto pressupõe a integralidade da assistência ao idoso⁽⁵⁻⁶⁾.

Assim, a ESF deve atuar em todos os municípios brasileiros buscando efetivar ações nos diferentes espaços sociais, da unidade básica e da família por meio de políticas interdisciplinares desenvolvidas por equipes, em seus territórios, na expectativa de uma assistência fundamentada na promoção de envelhecimento ativo e saudável nos cursos de vida dos usuários idosos ou não. No entanto, os municípios de pequeno porte têm maior dificuldade em constituir uma rede assistencial efetiva, pois carecem de infraestrutura e recursos humanos com competências apropriadas para assistir o idoso.

Experiência profissional e, reflexão sobre a assistência à saúde da pessoa idosa na ESF em município de pequeno porte, motivou este estudo com os objetivos de conhecer o perfil dos profissionais que atuam na atenção básica bem como as facilidades e dificuldades enfrentadas neste processo.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa realizada de maio a junho de 2009 em Caririaçu-CE, município com 28.996 habitantes dos quais 3.304 (11,5 %) têm 60 anos ou mais⁽⁷⁾. A escolha do local justifica-se por ser este o espaço de trabalho de uma das autoras em uma das dez equipes da ESF do município, a qual exerce a função de enfermeira.

O município realiza atividades caracterizadas como Módulo Básico, isto é, promove atendimento ambulatorial na atenção básica através de dez Equipes de Saúde da Família, sendo cinco na zona urbana e cinco em conjunto com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Tipo I. Este tipo de NASF é implantando em muni-

cípios com mesmo de 100.000 habitantes sendo um NASF para oito a vinte ESF implantadas. A este núcleo de apoio são vinculados pelo menos cinco profissionais de saúde de nível superior para atuar conforme as necessidades e o perfil epidemiológico local⁽⁸⁾. Ademais, a assistência de saúde é prestada à população no nível de média complexidade ambulatorial por meio de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Centro de Especialidades Médicas, e amparado por um hospital de pequeno porte.

A pesquisa foi realizada junto aos trinta profissionais de saúde de nível superior das dez equipes da Estratégia de Saúde da Família existentes no município. Como critério de inclusão na pesquisa estabeleceu-se ser profissional de nível superior em exercício das suas funções na ESF no momento da coleta de dados. Excluiu-se a pesquisadora, e contou-se, então, com 29 possíveis participantes. Para a coleta de dados adotou-se questionário individual contendo questões abertas e fechadas entregues aos profissionais na reunião mensal de avaliação, para serem preenchidos e devolvidos na reunião subsequente.

De posse dos dados, estes foram lançados nos programas EPI INFO versão 3.4.3⁽⁹⁾, organizados na forma de tabelas e discutidos com amparo na literatura pertinente ao tema. Conforme exigido, no desenvolvimento deste estudo respeitaram-se os aspectos éticos estabelecidos na Resolução nº 196/96⁽¹⁰⁾ do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte — CE (FMJ) mediante Parecer nº 2009_0222_FRSN. Ainda como exigido, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Dos 29 questionários entregues, foram devolvidos 21. Participaram enfermeiros (9), médicos (4) e odontólogos (8). Seis profissionais trabalham na atenção básica há seis anos, sete de três a seis anos, cinco de um a três anos, dois há menos de um ano e um profissional não respondeu. Grande parte são funcionários públicos municipais concursados para a ESF em 2006, os demais são prestadores de serviço. Tal como acontece na maioria dos municípios de pequeno porte da região do Cariri cearense, parte dos profissionais não reside na cidade, e menos ainda nos distritos aos quais é vinculado, em especial, o profissional médico.

Sobre as características dos participantes, ressaltou-se: a idade variou de 20 a 62 anos, sendo a faixa etária

mais prevalente de 20 e 30 anos, e a idade média foi de 41 anos.

Eram especialistas em saúde da família (13), em saúde pública (2) e em enfermagem médico-cirúrgica (2). Outros, sempre com frequência de um, tinham especialização em medicina da família e comunidade; em clínica médica; em cirurgia geral; em odontologia e implantodontia. Um afirmou estar cursando especialização em saúde da família. Solicitou-se aos profissionais listarem em questões abertas as ações de atenção ao idoso por eles executadas na ESF. Na tabela 1 constam as ações desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais da ESF na assistência à saúde desta clientela.

Tabela 1 — Distribuição das ações desenvolvidas por profissionais da ESF na assistência a saúde do idoso. Caririçu, CE, Brasil, 2009

Ações	Enfermeiros	Médicos	Odontólogos	Total
Educação em saúde	6	3	4	13
Imunização	5	2	0	7
Consultas	1	1	5	7
Visitas domiciliares	4	2	0	6
Áreas estratégicas da ESF	4	0	1	5
Rastreamento do câncer bucal	0	0	3	3
Assistência farmacêutica	1	1	0	2
Não respondeu	0	1	1	2
Total	21	10	14	45

A seguir, na tabela 2 expõem-se as ações componentes da programação semanal das ESF para atender o idoso.

Tabela 2 — Distribuição das ações de atenção à pessoa idosa na programação semanal dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Caririçu, CE, Brasil, 2009

Ações	Enfermeiros	Médicos	Odontólogos	Total
Palestras educativas	5	2	3	10
Prevenção de DM e HAS	6	1	0	7
Rastreamento do câncer bucal	0	0	4	4
Visita domiciliar	3	0	0	3
Orientação para uso de medicações	1	0	0	1
Total	16	5	11	32

Quanto às facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais para assistir a pessoa idosa na atenção básica, veja-se a tabela 3.

Tabela 3 — Dificuldades e facilidades dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família para assistir a pessoa idosa. Caririaçu, CE, Brasil, 2009

Dificuldades	Total	Facilidades	Total
Não há dificuldades	7	Não há facilidades	11
Baixa assiduidade dos idosos	5	Alta assiduidade e orientação dos idosos	7
Faltam apoio, equipamentos e material de consumo, consultório odontológico, prontosuários, pessoal auxiliar	4	Espaço físico adequado	1
Necessidade de capacitação em saúde do idoso	2		
Dificuldade do idoso de entender uso das medicações	1		
Resistência do idoso ao atendimento odontológico, principalmente os edêntulos	1		
Total	20		19

Sobre ações domiciliares de atenção ao idoso realizadas pelos profissionais das equipes de saúde da família, na tabela 4 constam os dados.

Tabela 4 — Distribuição das ações domiciliares desenvolvidas na assistência ao idoso pelos profissionais das equipes da ESF. Caririaçu, CE, Brasil, 2009

Ações	Enfermeiros	Médicos	Odontólogos	Total
Orientações higiene e alimentação	5	3	2	10
Orientações quanto às medicações	4	2	1	7
Orientações sobre HAS e DM	3	0	2	5
Aferição de pressão arterial	3	0	1	4
Realização de curativos	3	0	0	3
Teste de glicemia capilar	2	0	1	3
Orientação/prevenção de acidentes e quedas	1	1	1	3
Avaliação física e mental	1	0	0	1
Total	22	6	8	36

Em continuidade, na tabela 5 são relatadas as sugestões dos profissionais para a melhoria da assistência à saúde do idoso na atenção básica.

Tabela 5 — Distribuição das sugestões dos profissionais da ESF para a melhoria da assistência à saúde do idoso na atenção básica. Caririaçu, CE, Brasil, 2009

Sugestões	Enfermeiros	Médicos	Odontólogos	Total
Capacitação profissional	4	1	1	6
Maior apoio da gestão local	4	0	1	5
Maior participação do NASF	2	1	0	3
Mais ações educativas	1	0	2	3
Parceria com secretarias e órgãos públicos	2	0	0	2
Outras sugestões ¹	0	3	1	4
Total	13	5	5	23

¹Trata-se de sugestões como: ampliar número de equipes da ESF, evitar falta de medicação e contratação de profissionais como terapeuta ocupacional e geriatra pelo NASF.

DISCUSSÃO

Entre as macroprioridades do Pacto pela Vida estão previstas as ações de atenção ao idoso pela Estratégia de Saúde da Família, quais sejam: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; serviço domiciliar; acolhimento preferencial nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); distribuição e preenchimento da caderneta da pessoa idosa e assistência farmacêutica⁽⁴⁾.

Dos 21 profissionais respondentes, 17 afirmaram realizar alguma ação de assistência à saúde da pessoa idosa. Segundo observado, apenas quatro médicos responderam o questionário e um não direciona atividades ao idoso em sua UBS. Dos oito dentistas, três afirmaram não realizar ações junto à pessoa idosa.

Como exposto na tabela 1, das ações executadas na saúde do idoso pelos profissionais da ESF de Caririaçu-CE, destacam-se a educação em saúde, a imunização, além de atendimento ambulatorial relacionado às ações estratégicas priorizadas pela atenção básica. A maioria dessas ações é desenvolvida pelos enfermeiros, seguida pelos dentistas que afirmam atuar na educação em saúde, atendimento ambulatorial e no rastreamento do câncer de boca.

Conforme o manual da atenção básica, **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**, publicado em 2007 com a finalidade de proporcionar abordagem integral, maior resolutividade e apresentar aporte técnico para facilitar a prática diária dos profissionais da atenção básica, é esperado que estes atuem em áreas como: humanização e acolhimento, promoção de hábitos saudáveis, avaliação global da pessoa idosa, suporte familiar e social, fragilidade em idosos intrafamiliar e maus-tratos, envelhecimento e medicamentos, osteoporose, quedas, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, incontinência urinária, depressão, demência, envelhecimento e AIDS e atenção domiciliar⁽¹⁾.

De acordo com a tabela 1 há ênfase em ações relacionadas para promoção de hábitos saudáveis ao listar educação em saúde e para avaliação global ao tratar de imunização. São contempladas atividades voltadas para uso de medicamentos relativos aos programas de controle de doenças crônicas e atenção domiciliar. No entanto, a avaliação global da pessoa idosa, que envolve atenção à sexualidade, avaliação funcional da acuidade visual, física, cognitiva e auditiva, além de nutrição com atenção para temáticas como AIDS, quedas, maus-tratos, depressão e mobilidade, não contemplada entre as ações gerais da equipe. A expansão da longevidade aumenta a vulnerabilidade do idoso frente as doenças crônicas e incuráveis como AIDS, bem como os expõe a situações que podem levar a perda da funcionalidade e incapacidades⁽¹¹⁻¹²⁾.

No cronograma das equipes da ESF, dez profissionais responderam promover palestras educativas e sete realizam o controle de doenças crônicas não transmissíveis como o diabetes mellitus e a hipertensão arterial sistêmica. Os cronogramas demonstram pertinência com as doenças crônicas prevalentes na população idosa porém sem dar conta de modo abrangente dos aspectos relevantes na atual política de saúde de atenção à pessoa idosa e aos indicadores de saúde dessa população. Como observado, as ações contempladas revelam distanciamento e pouco avanço das práticas de saúde dos municípios de pequeno porte em face das problemáticas de saúde contemporâneas articuladas as necessidades de saúde atuais, sem mencionar as atribuições propostas para a equipe e cada um dos profissionais que a compõem⁽¹⁾.

Como se evidencia, as ações desenvolvidas pela ESF listadas nas tabelas 1 e 2 concorrem para a concretização das ações propostas pelo Ministério da Saúde, principalmente no tocante a assistência domiciliar e con-

trole de doenças crônico-degenerativas. Entre as ações planejadas e executadas pelos profissionais para a população idosa na ESF, sobressaem os seguintes critérios de prioridade de visitas domiciliares para os idosos: egressos de internação hospitalar ou domiciliar; aqueles identificados por meio de visitas do agente comunitário de saúde, por solicitação do próprio usuário, da família, de vizinhos, do hospital; indivíduos acamados, com dificuldade de deambulação, que vivem com doenças crônico-degenerativas que não estejam aderindo ao tratamento, e, ainda, os que moram sós^(1,13-14).

Um instrumento valioso que auxilia na identificação das pessoas frágeis ou em risco de fragilização é a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Para os profissionais de saúde, esta caderneta possibilita o planejamento, organização das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população. No entanto, nenhum profissional citou especificamente a caderneta do idoso como atividade realizada, embora algumas das ações contidas neste instrumento de monitoramento da saúde da pessoa idosa estejam incluídas no conteúdo das figuras apresentadas. Mas para que as ações propostas no caderno sejam desenvolvidas, cabe a gestão municipal garantir a educação permanente em relação à saúde da pessoa idosa para toda a equipe da Atenção Básica/Saúde da Família⁽¹⁾. Tanto a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa⁽¹⁵⁾ como o Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa⁽¹⁾ representam dois importantes instrumentos de fortalecimento da Atenção Básica para ações de saúde da pessoa idosa.

Desse modo, é fundamental que a caderneta do idoso seja distribuída e preenchida pelos profissionais de nível superior da ESF, sendo indispensável preencher todos os itens. Sobressaem, em especial, aqueles de acompanhamento da saúde constantes do item seis até o nove, os quais tratam da autoclassificação da saúde do idoso de muito boa a muito ruim, dos problemas atuais de saúde enfrentados, dos medicamentos e dosagens utilizadas diariamente, internações, ocorrência de quedas, alergias e intolerâncias sofridas pela pessoa idosa⁽¹⁵⁾. No tocante à Secretaria Municipal de Saúde⁽⁷⁾ de Caririçu — CE, em 2008 a coordenação da ESF distribuiu em torno de 70 cadernetas para cada UBS, como existem 10 unidades de saúde da família foram ofertadas 700 cadernetas para uma população aproximada de 3.300 idosos. Como a finalidade deste documento é monitorar 100% da população idosa, faz-se necessário ampliar a oferta do documento a

todos os idosos. Com isto, as ações de atenção à saúde do idoso tendem a melhorar a qualidade do atendimento e do cuidado humanizado. Segundo observado, a realidade desta prática ainda é uma ação predominante do enfermeiro no município estudado.

Em Caririaçu, conforme os profissionais relataram, aqueles idosos que receberam a caderneta aderiram ao uso desta com satisfação e sempre que vão às UBS levam-na como se fosse um documento, pois foram orientados pelos enfermeiros das unidades sobre sua importância e a necessidade de mantê-la à mão.

De modo geral, o idoso, por representar parcela significativa de demanda dos serviços de saúde em qualquer nível hierárquico do sistema, por apresentar patologias crônicas não transmissíveis como o diabetes mellitus, a hipertensão arterial sistêmica, o câncer, as osteoartrites, entre outras, tem maior exigência dos serviços de saúde⁽¹⁶⁾.

Contudo, nem sempre a necessidade de atenção de uma faixa populacional repercute na existência do cuidado organizado nos serviços de saúde. No referente ao idoso, o maior desafio na atenção a esta clientela é conseguir sensibilizá-la para que, apesar das progressivas limitações verificadas, ela possa redescobrir possibilidades de viver com um grau máximo de qualidade. Esta perspectiva cresce à medida que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Como ressalta a literatura, as principais dificuldades destas pessoas estão relacionadas a uma cultura que as desvaloriza e limita⁽¹⁷⁾.

Atender o idoso de forma integral é preocupar-se com todos os aspectos do processo saúde-doença por ele vivido; assim, é preciso atendê-lo em suas necessidades físicas, espirituais, emocionais e sociais, e propiciar-lhe interação com outras pessoas, de preferência, da mesma faixa etária⁽¹⁸⁾. Nesse intuito, as palestras educativas, além da informação, devem favorecer a socialização do idoso, o estabelecimento de laços afetivos com a equipe de saúde e entre os próprios idosos.

Na tabela 3, discutem-se as facilidades e dificuldades enfrentadas para assistir a pessoa idosa na Estratégia de Saúde da Família. Consoante esta tabela, onze dos entrevistados afirmam não haver facilidades para assistir estas pessoas na ESF, mencionaram apenas a baixa assiduidade dos idosos como a principal dificuldade enfrentada, tanto pelas equipes da zona urbana como da zona rural. Semelhante situação também é encontrada em mu-

nicipios de médio porte do Estado do leste do Paraná, nos quais é baixa a assiduidade das famílias com crianças e idosos às estratégias de grupo⁽¹⁹⁾.

Quanto às ações realizadas pelas equipes da ESF no domicílio junto à população idosa, relacionadas na tabela 4, esta atenção é dividida em duas modalidades: internação domiciliar e assistência domiciliar. No município pesquisado, a exemplo do ocorrido na maioria dos municípios de pequeno porte, é rara a internação domiciliar. Sobressaem as orientações sobre higiene e alimentação implementadas por dez profissionais da ESF. Ademais, sete profissionais mencionaram orientações quanto ao uso de medicações e apenas três afirmaram orientar sobre prevenção de acidentes e quedas.

Em corroboração à literatura, esta situação aponta ênfase apenas na assistência domiciliar destinada àqueles usuários com perdas funcionais e dependência para a realização das atividades da vida diária⁽¹⁾. Ressaltam-se ações focadas apenas no controle ou no acompanhamento de pessoas com sequelas de doenças crônicas prevalentes. Poucos referiram desempenhar atividades de orientação sobre prevenção de acidentes e avaliação física e mental efetiva da pessoa idosa na atenção domiciliar, demonstrando o modo restrito como essa estratégia de intervenção vem sendo aproveitada nos municípios de pequeno porte. Outros autores sugerem a necessidade de coordenação do processo de trabalho para atingir não apenas os indicadores pactuados pelo município como prover competência profissional para atuar no âmbito domiciliar⁽¹⁴⁾.

De acordo com o estabelecido, a atenção à saúde do idoso tem como objetivo identificar pessoas em situação de fragilidade ou em risco de fragilização para ações de prevenção de fratura de fêmur, tendo como meta reduzir em 2% a taxa de internação hospitalar em pessoas idosas, e contribuir para a melhoria da qualidade da atenção prestada ao idoso residente nas instituições de longa permanência realizando inspeção em 100% daquelas cadastradas na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)⁽⁵⁾. Consoante se pressupõe, o município deve atuar prioritariamente na promoção da saúde dos idosos na perspectiva da educação em saúde para a prevenção e redução de acidentes que resultem em fraturas e na vigilância de instituições de longa permanência⁽⁵⁾. Assim, é fundamental que cada ESF organize seu processo de trabalho nessa expectativa.

Consideradas os acidentes mais frequentes entre as pessoas idosas e fragilizadas por doenças, as quedas

ocasionam fraturas, principalmente no fêmur, costela, coluna, bacia e braço. Em caso de ocorrência de acidentes nesta população, é importante que a equipe de saúde avalie a pessoa e identifique a causa, buscando no ambiente os fatores que contribuíram para o acidente. Desta forma, podem ajudar outras famílias a adotar medidas de prevenção e tornar o ambiente mais seguro. Diante da situação, a equipe de saúde da família deverá instituir ações voltadas para provocar modificações em face das conformações domiciliares de risco, sobretudo na preparação da família para aceitar as mudanças necessárias a essa prevenção⁽⁶⁾.

Segundo se observa neste estudo, a maioria dos profissionais atua na ESF entre três a seis anos e nenhum recebeu capacitação específica para saúde da pessoa idosa. Aqueles que disseram ter recebido capacitação tiveram acesso a cursos que abordaram apenas a assistência ao idoso como área afim da atenção básica ou para controle de doenças e agravos de prevalência comum em idosos, bem como tratamento e acompanhamento da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

Portanto, é uma capacitação limitada. Adverte-se: conhecer as particularidades envolvidas no acompanhamento longitudinal de um idoso facilita identificar as especificidades assistenciais requeridas nesta faixa etária, redundando em maior eficácia nos tratamentos. Tratar de uma patologia no idoso é diferente de tratar a mesma doença em uma pessoa jovem. Como registra determinado estudo, a circulação periférica ocorre com maior dificuldade no idoso, o que faz com que os fatores envolvidos na cicatrização operem mais lentamente, enfim, sua pele não se regenera tão rapidamente e isto torna seu tratamento específico⁽¹⁸⁾. Nesse âmbito, o Ministério da Saúde disponibiliza materiais didáticos que abordam a saúde do idoso^(1,15,20), e embora não substituam os treinamentos presenciais ou em modalidade a distância, constituem uma estratégia capaz de contribuir para o melhor desempenho do profissional.

A tabela 5 ressalta as sugestões dos profissionais da ESF na atenção à saúde do idoso no intuito de melhorar o atendimento a esta população. Seis respondentes propõem capacitação para os profissionais na área de saúde do idoso e cinco sugerem a obtenção de mais apoio da Secretaria Municipal de Saúde.

Como exposto nesta tabela, as ações de educação em saúde, atividades de atendimento clínico direto nas UBS, a visita domiciliar e a imunização são apontadas

como as principais ações desenvolvidas junto à pessoa idosa na atenção básica de Caririçu. No entanto, a referência para procedimentos especializados é a quinta atividade mais frequente listada pelos profissionais, a demonstrar a urgência de apoio para a resolução de problemas de saúde dessa população. Possivelmente, capacitações com desenvolvimento de competência para assistir o idoso contribuiriam na redução dos encaminhamentos e melhoria da resolutividade local. A política assistencial tem como objetivo específico prestar assistência integral e contínua com boa qualidade e resolutividade às necessidades de saúde da população idosa, tanto na unidade de saúde como no domicílio⁽²¹⁾.

Sabe-se que para a assistência humanizada ao idoso é indispensável atendimento com prioridade em sua individualidade e totalidade. Assim, no cronograma das equipes, os profissionais responderam não haver um dia específico para os idosos, pois estes são atendidos em qualquer dia de forma preferencial. Ainda conforme dezesseis dos profissionais de saúde referem, as ações de atenção à pessoa idosa são realizadas em parceria com as demais secretarias do município.

Em Caririçu como nos demais municípios de pequeno porte, a Secretaria Municipal de Saúde trabalha em conjunto com a Secretaria de Ação Social, o Centro de Referência e Assistência Social (CRAS) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o qual mantém atendimento educativo e preventivo a grupos de idosos. Desde setembro de 2007 foi implantado o Projeto Terceira Idade Cidadã, que inclui 120 idosos e os insere na comunidade, contribuindo para o acesso aos benefícios sociais e à melhoria da sua qualidade de vida e bem-estar social.

Apesar da existência do trabalho intersetorial, o trabalho em equipe ainda é uma dificuldade enfrentada pelas equipes. A maioria dos profissionais afirma não efetuar atividades em conjunto em suas unidades. Consoante a literatura, o trabalho em equipe constitui-se pilar doutrinário e organizativo do modelo de atenção baseado no cuidado às famílias e comunidades por equipes multidisciplinares atuando de modo interdisciplinar no enfrentamento dos complexos fatores de risco condicionantes e determinantes do processo saúde/doença das populações assistidas pela ESF⁽²²⁾.

Portanto, a ausência do trabalho em equipe é um obstáculo à atenção integral pois esta prática é relevante na integralidade da assistência ao idoso na ESF, sobretudo

do porque o processo de trabalho das equipes de saúde da família deve caracterizar-se pelo desenvolvimento de ações pró-ativas⁽¹⁾.

No tocante às dificuldades e facilidades apontadas pelos profissionais, há contradições. Enquanto a maioria indicou como dificuldade a quebra da assiduidade dos idosos nas UBS, para outros a frequência regular era um ponto positivo que facilitava o atendimento. Conforme observado, este indicador era dependente da unidade de saúde, o que pressupõe a existência de realidades distintas de organização da atenção na ESF no referente às estratégias de cuidado.

Segundo os resultados desta pesquisa evidenciam, os profissionais de saúde dos municípios de pequeno porte percebem que carecem de capacitação particularmente em geriatria e gerontologia aplicada à atenção básica. Ao mesmo tempo, afirmam a satisfação dos idosos quanto aos serviços prestados. Talvez esta incongruência resulte da baixa expectativa dos usuários do SUS em relação à assistência a ser prestada, entre estes, os idosos, que por não conhecerem de forma precisa a assistência integral à sua saúde acabam satisfeitos com o atendimento ofertado. Ademais, como ressaltado por autores, a menor escolaridade e renda familiar dos idosos do Nordeste pode dificultar o acesso aos serviços de saúde oferecidos pelos municípios em virtude da falta de informação e do custo do deslocamento⁽²³⁻²⁴⁾.

É primordial que as equipes estejam em sintonia, de forma ativa, na melhoria da qualidade de vida da população idosa. Cabe-lhes abordar os aspectos físicos considerados normais e identificar, precocemente, suas alterações patológicas, dialogando com o indivíduo idoso sobre os fatores de riscos e neles intervindo. Devem buscar sempre trabalhar junto da família do idoso, para mantê-lo o mais contextualizado possível, evitando sua separação da família e da sociedade⁽²¹⁾.

CONCLUSÃO

As ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento das pessoas idosas dependem do desenvolvimento de competências dos profissionais de saúde no processo de cuidado integral na perspectiva do exercício do trabalho em equipe e interdisciplinar. De modo geral, os profissionais participantes deste estudo explicitam esta necessidade e se percebem como credores de capacitação pelo sistema de saúde.

Por se reconhecer as limitações deste estudo, adstrito a um município de pequeno porte, não serão feitas generalizações. Mas a descrição do panorama de atenção ao idoso neste cenário é importante em face da ausência de estudos anteriores e do avanço do envelhecimento. Os achados demonstram ações restritas e aquém do rol de cuidados prescritos pelo Ministério da Saúde, pois as atividades desenvolvidas pelos médicos e dentistas ainda são limitadas aquelas de caráter curativo, já desenvolvidas nos programas ministeriais. Quanto às ações executadas, destacam-se a educação em saúde, imunização, consultas, visitas domiciliares e às áreas estratégicas propostas para a atenção primária. Na programação semanal segue-se o mesmo modelo de planejamento mediante palestras educativas, ações de controle do diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. Os dentistas, por exemplo, priorizam o rastreamento do câncer de boca, comum na população idosa. Ressalta-se: não são apontadas facilidades e como dificuldades destacam-se a falta de capacitação e a baixa assiduidade dos idosos às propostas assistenciais da equipe. No domicílio priorizam-se a atenção à higiene, medicação, HAS, DM e cuidados de enfermagem. Sugerem-se a capacitação, o apoio local, mais atividades educativas e a articulação com o NASF como forma de melhorar a assistência. Note-se, porém: a organização dos serviços não abrange o amplo espectro de atividades propostas que deveriam envolver humanização e acolhimento, promoção de hábitos saudáveis, avaliação global, suporte familiar e social, percepção de fragilidade intrafamiliar e maus-tratos, uso incorreto de medicamentos, osteoporose, incontinência urinária, depressão, demência e AIDS.

O atendimento das áreas prioritárias do Pacto pela Vida passa pela organização da oferta de serviços na assistência ao idoso, na prevenção, tratamento e acompanhamento das doenças e agravos mais prevalentes e da prevenção de incapacidades. Apesar das atividades e atendimentos clínicos nas UBS e assistência domiciliar e em grupo, evidencia-se a necessidade da organização do processo de trabalho centrado na equipe de saúde de modo interdisciplinar.

Urge a gestão local entender que a assistência à pessoa idosa na atenção básica compreende organizar e redirecionar os serviços para ações e medidas capazes de reverter os indicadores de saúde, passíveis de levar a deficiência ou ocasionar incapacidade e baixa funcionalidade da pessoa idosa, como uma tarefa primordial

nos municípios de pequeno porte. Recomenda-se investimento para a assistência integral ao envelhecimento. A despeito das ações em andamento, ainda é fundamental a progressão ou derivação dessas atividades para dirimir as dificuldades verificadas no processo assistencial.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
2. Carvalho JAM, Ricardo A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3):725-33.
3. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. [editorial]. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3):700-1.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. [Internet]. 2008 [citado 2009 nov 14]. Disponível em: www.saude.am.gov.br/docs/pacto/Portaria_325_210208.pdf
6. Ministério da Saúde (BR). Internações por fratura de fêmur crescem 8% em quatro anos. Guia prático do cuidador. [Internet]. 2008 [citado 2009 nov 14]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf.
7. Secretaria de Saúde de Caririçu. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Caririçu: SSC; 2009.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família — NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
9. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Organização Mundial da Saúde-OMS. Epi Info versão 3.4.3. [Internet]. 2007 [citado 2009 nov 14]. Disponível em: <http://www.cives.usrj.br/sostwares/epi343/epi343.html>.
10. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
11. Soares MBO, Tavares DMS, Dias FA, Diniz MA, Geib S. Morbidades, capacidade funcional e qualidade de vida de mulheres idosas. *Esc Anna Nery*. 2010; 14(4):705-11.
12. Andrade HAS, Silva SK, Santos MIPO. Aids em idosos: vivências dos doentes. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010; 14(4):712-9.
13. Borba PC, Oliveira RS, Sampaio YPCC. O PSF na prática organizando o serviço. Juazeiro do Norte (CE): Expressão Gráfica; 2007.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
15. Ministério da Saúde (BR). Caderneta de saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
16. Campos FG, Barrozo LV, Ruiz T, César CLG, Barros MBA, Carandina L, et al. Distribuição espacial dos idosos de um município de médio porte do interior paulista segundo algumas características sócio-demográficas e de morbidade. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25(1):77-86.
17. Guimarães RM. O autor responde. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. [editorial]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(4):1117.
18. Martins MS, Massarollo MCKB. Mudanças na assistência ao idoso após a promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais de hospital geriátrico. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(1):26-33.
19. Souza RKT, Gonçalves MB, Scochi MJ, Mathias TAF, Martins ABT, Gazola S, et al. Atenção a famílias com crianças e idosos, pelas Equipes de Saúde da Família, em município de médio porte. *Acta Sci Health Sci*. 2006; 28(1):23-8.
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do cuidador. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
21. Castro MR, Vargas LA. A interação/atuação da equipe do Programa de Saúde da Família do Canal do Anil com a população idosa adstrita. *Physis*. 2005; 15(2):329-51.

22. Cruz DB, Gabardo MCL, Ditterich RG, Moysés SJ, Nascimento AC. Processo de trabalho na estratégia de saúde da família: uma perspectiva a partir da equipe de saúde bucal. *Rev APS*. 2009; 12(2):168-75.
23. Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Uso de serviços ambulatoriais por idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(10):2267-78.
24. Fonteles JL, Santos ZMSA, Silva, MP. Estilo de vida de idosos hipertensos institucionalizados — análise com foco na educação em saúde. *Rev Rene*. 2009; 10(3):53-60.

Recebido: 30/03/2011

Aceito: 07/06/2011