

Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde

Advances and challenges of health care of the elderly population with chronic diseases in Primary Health Care

Miriam Schenker (<https://orcid.org/0000-0003-1307-3586>)¹

Daniella Harth da Costa (<https://orcid.org/0000-0002-9881-9545>)²

Abstract *This paper analyzes the developments and challenges of healthcare for older adults, especially those with chronic diseases in primary care, in a study setting of a family clinic in the city of Rio de Janeiro. Data were produced through the development of techniques such as participant observation, a focal group with a Family Health Strategy (ESF) team, an interview with the family clinic manager, and interviews with seniors accompanied or not by relatives or caregivers. Worth highlighting is the shift of the biomedical healthcare model to the biopsychosocial model and its implications in elderly care, prevention and health promotion. Despite care advances, some difficulties were observed, especially regarding the access of the population to the service, pointing to the perpetuation of health care inequities. Concerning the elderly with chronic diseases, it is noted that the ESF team employs a set of both individual and group strategies, whose effects were identified in the statements of the older adults, family members and caregivers, who positively qualify the care received. We can conclude that the care process is influenced by a myriad of factors that appear as objects of questioning and intervention in primary care.*

Key words *Primary health care, Chronic diseases, The elderly, Family health strategy*

Resumo *Este artigo analisa os avanços e os desafios da atenção à saúde da população idosa, sobretudo daquela com doenças crônicas na atenção primária, tendo como cenário de estudo uma clínica da família na cidade do Rio de Janeiro. Os dados foram produzidos a partir da realização das técnicas de observação participante, grupo focal com equipe da ESF, entrevista com o gestor da clínica da família e entrevistas com idosos acompanhados ou não de familiares ou cuidadores. Destaca-se o deslocamento do modelo de atenção à saúde de caráter biomédico para o modelo biopsicossocial e suas implicações na atenção, prevenção e promoção da saúde do idoso. Apesar dos avanços observados na assistência, dificuldades, sobretudo em relação ao acesso da população ao serviço, foram observadas apontando para a perpetuação de iniquidades no cuidado à saúde. Quanto aos idosos com doenças crônicas, nota-se que a equipe de ESF lança mão de uma série de estratégias tanto individuais quanto coletivas, cujos efeitos foram identificados nas falas dos idosos, familiares e cuidadores, que qualificam de modo positivo a assistência recebida. Conclui-se que o processo de cuidado é influenciado por uma miríade de fatores e que se configuram como objetos de questionamento e intervenção no âmbito da atenção primária.*

Palavras-chave *Atenção primária à saúde, Doenças crônicas, Idosos, Estratégia de saúde da família*

¹ Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli/Claves, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fiocruz. Av. Brasil 4036/700, Manguinhos. 21040-361 Rio de Janeiro RJ Brasil. schenkerbrasil@hotmail.com

² ENSP, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

Este estudo é parte de uma pesquisa maior intitulada 'Promoção e atenção à pessoa idosa no Rio de Janeiro: um estudo de formas inovadoras de produzir saúde e reduzir desigualdades', realizado pelo Departamento de Estudos de Saúde e Violência Jorge Careli (Claves/ENSP/Fiocruz), que buscou conhecer formas inovadoras de abordagem à saúde do idoso portador de doenças crônicas (diabete, hipertensão, depressão) a partir de análise de cinco serviços de excelência na atenção à pessoa idosa na cidade do Rio de Janeiro. A Clínica da Família Sergio Vieira de Mello (CFSVM), situada no bairro do Catumbi foi escolhida como um desses locais por permitir analisar a assistência ao idoso com doenças crônicas no nível da atenção primária à saúde (APS) e também por comportar um Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, que faz parte do Departamento de Medicina Integral Familiar e Comunitária da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PRMFC/DMIF/UERJ).

Segundo dados do Censo 2010, pessoas com 65 anos ou mais representam 7,4% da população brasileira indicando um importante alargamento do topo da pirâmide etária¹. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um desenho caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) crescem com o passar dos anos e entre os idosos atingem 75,5% da população (69,3% entre os homens e 80,2% entre as mulheres)², podendo gerar limitações funcionais e incapacidades.

O processo de envelhecimento é também fortemente influenciado pela história de vida do idoso, em suas diferentes formas de inserção social ao longo da vida e exposição a contextos de vulnerabilidade³. A complexidade das demandas de saúde apresentadas pelos idosos exige dos serviços a capacidade de responder adequadamente às suas necessidades não só de prevenção e controle de doenças, mas também da promoção de um envelhecimento ativo e saudável, visando a sua maior autonomia e bem-estar.

Neste sentido, destaca-se o papel da atenção primária à saúde (APS) que serve de base para um novo modelo de assistência e organização dos sistemas de saúde, configurando-se como porta de entrada prioritária e capaz de prestar serviço para todas as pessoas e famílias da comunidade, que também dele participam ativamente^{4,5}. As ações da APS devem conduzir a uma

atenção integral dos usuários, capaz de melhorar as condições de saúde, a qualidade de vida e a autonomia dos indivíduos e da coletividade⁶. A Estratégia Saúde da Família (ESF), por sua vez, configura-se como uma reorientação do modelo assistencial em saúde na APS que busca garantir a integralidade da assistência centrada na família e direcionada à comunidade⁷.

A APS apresenta atributos específicos como a atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado⁸, destacando-se no âmbito da prevenção e cuidado de condições crônicas. De acordo com Oliveira⁹, ainda são poucos os estudos que investigam o potencial da APS no atendimento a idosos, no controle de condições crônicas e na prestação de serviços preventivos, no entanto, os estudos existentes indicam que ela é capaz de prestar melhor gerenciamento do cuidado das condições crônicas, reduzir internações desnecessárias e idas à emergência ou unidades de pronto atendimento.

A despeito da expansão da APS e da ESF no país nos últimos anos, alguns desafios ainda persistem. Araújo¹⁰, ao analisar a qualidade do cuidado na APS ofertado à pessoa idosa, observou que pontos como integralidade, orientação familiar e acessibilidade são frágeis, indicando a necessidade de melhorias, principalmente, em relação à ampliação do foco na família, no horário de funcionamento das unidades básicas de saúde e no desenvolvimento de ações para além do enfoque nos agravos e doenças mais prevalentes. Também Silva¹¹, ao avaliar a qualidade do cuidado à pessoa idosa com diabetes mellitus e/ou hipertensão na APS em um distrito sanitário da cidade de Belo Horizonte, verificou fragilidade das equipes de saúde da família em promover ações de cuidado proativo, planejado, coordenado e centrado na pessoa, estratégias consideradas importantes na atenção às doenças crônicas.

Reconhecendo a centralidade do cuidado da população idosa com doenças crônicas, pretende-se aqui identificar os desafios e os avanços na atenção à saúde dessa população no nível da APS através do entendimento das especificidades do atendimento ao idoso com doenças crônicas em um serviço que precisa assistir, de forma igualitária, pessoas de diferentes faixas etárias e necessidades de saúde.

Metodologia

Estudo realizado na Clínica da Família Sergio Vieira de Mello (CFSVM), situada no bairro do

Catumbi, região central do município do Rio de Janeiro. Em seu território de abrangência são identificados usuários que apresentam grande desigualdade social, com áreas que variam da extrema pobreza e ausência de infraestrutura até outras com uma população de classe média. Nesse território, o convívio com a violência é constante, desenhando um cenário corriqueiro dessa cidade e de outras metrópoles do país.

A CFSVM cobre seis territórios que também dão nome às equipes de saúde da família: Catumbi, Navarro, Apoteose, Coroa, Mineira e Paula Mattos. Com exceção do Catumbi, todas as outras equipes contam com médicos residentes do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunitária (PRMFC/UERJ). Cada equipe é formada por um corpo multidisciplinar, composto por agentes comunitários de saúde (ACS), técnico de enfermagem, enfermeiro, médico de família e comunidade, médicos residentes do PRMFC/UERJ. Optou-se por realizar o estudo com a equipe Paula Mattos por contar com residentes do Programa e também por englobar tanto famílias de baixa renda quanto de maior poder aquisitivo.

O trabalho de campo foi realizado entre janeiro a abril de 2016 e incluiu: observação participante e entrevistas individuais com os idosos junto, ou não, com familiares, ou cuidadores, tanto nas visitas deles à clínica quanto nos seus domicílios. Além dessas, foi realizada entrevista com o gestor da clínica e um grupo focal com profissionais da Equipe Paula Mattos. Participaram do grupo duas médicas do PRMFC, uma enfermeira e três ACS. A equipe entrevistada indicou o nome de cinco idosos com doenças crônicas, que foram convidadas a participar do estudo.

As cinco idosas entrevistadas tinham entre 84 e 88 anos de idade, três estavam acompanhadas de um familiar ou cuidador que também participou da entrevista. A inclusão deles no estudo buscou resgatar as falas de outros atores que, diante da experiência de cuidar do idoso com doenças crônicas, contribuem com percepções sobre a assistência à saúde dele. Essa aproximação é relevante, pois amplia a visão da complexa trama do processo de cuidado e permite ao familiar/cuidador ser um interlocutor quando o idoso apresenta limitações cognitivas.

O projeto de pesquisa foi submetido ao comitê de ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca- Fiocruz e aprovado com data de relatoria de 30 de março de 2015.

Os dados coletados foram explorados à luz da técnica de análise de conteúdo, na modalidade

temática¹² e sob a ótica sistêmica que busca compreender o mundo e seus fenômenos através da noção de complexidade, ou seja, considera-se o potencial dinâmico e interrelacional dos sistemas e sua capacidade de transformação, e o pressuposto de que não há uma realidade a ser descoberta descolada do observador, mas uma relação intersubjetiva que implica no reconhecimento do sujeito que observa como parte inseparável do sistema observado¹³.

A análise dos dados das entrevistas seguiu as seguintes etapas¹⁴: a) transcrição das gravações das entrevistas; b) leitura exaustiva e compreensiva do material transcrito à luz das premissas iniciais; c) elaboração de estruturas de análise a partir do agrupamento de trechos das entrevistas em eixos temáticos iniciais; d) recategorização temática após identificação das ideias centrais presentes em cada um dos eixos; e) elaboração de sínteses compreensivas, interpretativas e contextualizadas dos problemas assinalados, a partir dos preceitos teóricos da visão sistêmica. Os principais achados do estudo são apresentados a partir dos seguintes temas centrais: (1) Avanços, obstáculos e desafios na atenção à saúde e promoção da qualidade de vida dos idosos; (2) Assistência aos idosos com doenças crônicas; (3) Percepção dos idosos, familiares e cuidadores acerca do acompanhamento recebido pela equipe da CFSVM.

Resultados e discussão

Avanços, obstáculos e desafios na atenção à saúde e promoção da qualidade de vida dos idosos

Por representar uma das parcelas mais vulneráveis da população, espera-se que os serviços de atenção primária à saúde sejam capazes de se organizar e ofertar serviços aos idosos considerando suas demandas específicas e busca pela redução das iniquidades em saúde.

Ao serem questionados sobre as ações de atenção à saúde do idoso os profissionais e gestor entrevistados elencaram uma série de serviços como consultas agendadas e eventuais, e procedimentos gerais como coleta de sangue e vacinação que, inclusive, podem ser feitos em atendimento domiciliar, e ações de atenção à saúde bucal que não se restringem à população idosa.

Quanto às ações voltadas à atenção à saúde dos idosos, sobretudo dos que convivem com doenças crônicas, destaca-se o suporte do Núcleo

de Apoio a Saúde da Família (NASF). No caso específico da CFSVM, a equipe do NASF que presta apoio às equipes de saúde da família é composta por equipe multiprofissional que inclui nutricionista, fisioterapeuta, educador físico, psicólogo e assistente social.

Ações de promoção da saúde dos idosos também foram identificadas como o Grupo 'Campeões da Vida' que ocorre em parceria com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Trata-se de um grupo de convivência voltado exclusivamente para idosos, que debate temas variados de seu interesse. A Academia Carioca, atividade direcionada a toda população, mas que recebe um número considerável de pessoas idosas, faz parte de um programa da prefeitura municipal do Rio de Janeiro ligado às Unidades Básicas de Saúde, e atua na perspectiva da promoção da qualidade de vida a partir de atividades físicas. Além dessas, também promove atividades externas (passeios e reuniões na casa dos usuários). Essas iniciativas apresentam um impacto importante nos determinantes sociais de saúde e na prevenção de doenças crônicas¹⁵.

A Academia Carioca e o grupo 'Campeões da Vida' são os principais dispositivos de convivência, realizados em parceria com a clínica, para os idosos, o que gera benefícios para a saúde física e mental. Ao empreenderem encontros e trocas de experiências, atenua-se o isolamento social no qual muitos idosos estão submetidos, fortalecendo a sociabilidade e os laços sociais comunitários. Assim, coloca-se em prática um componente importante da APS: promover mudanças sociais e culturais a partir de uma noção ampliada de saúde.

Por se tratar de uma população com importantes limitações físicas, as visitas domiciliares (VD) são reconhecidas pelos profissionais e gestor como de grande relevância na atenção ao idoso, ao permitir uma aproximação constante da equipe com ele, sobretudo nos casos que demandam maior cuidado ou quando o usuário não consegue chegar ao serviço devido às limitações próprias do território:

Como a gente tem essa característica territorial com muitas ladeiras e escadas, a gente usa o critério para visitas domiciliares, não só o critério de estar acamado, mas estar em um local de difícil acesso do idoso para o serviço. Uma primeira coisa que a gente faz é avaliar se o acesso é bom pra ele ou não (Profissional).

Os familiares e idosos entrevistados também reconhecem a relevância da VD:

Porque ela já tem dificuldade de locomoção e aqui em casa tem que subir escada. Então pra ela

ser atendida em casa está ótimo, excelente. Ela não tinha esse tipo de cobertura. Nunca teve (familiar).

A importância da VD aos idosos também tem valor pela presença dos profissionais, por serem bons ouvintes e pelas palavras de conforto em momentos difíceis.

A despeito das ações desempenhadas na clínica que buscam garantir a integralidade do cuidado, alguns obstáculos são colocados pelos entrevistados. Uma dificuldade inicial está justamente na recusa ao SUS em geral, e na ESF em particular, por uma parcela da população, sobretudo entre os idosos com maior poder aquisitivo. Como destacado anteriormente, a equipe Paula Mattos abrange um território onde se encontram pessoas com características socioeconômicas distintas.

No Brasil, a reforma sanitária resultou na superação de um modo hegemônico de compreender o processo saúde-adoecimento centrado na doença e na segmentação do corpo, indo na direção de uma concepção ampliada de saúde, a partir de um modelo biopsicossocial. Entretanto, esta mudança requer a quebra de um paradigma que engloba uma profunda mudança cultural, não só entre os profissionais de saúde, mas também entre os usuários dos serviços de saúde:

Eu acho que tem dificuldade com aderência de pacientes que estão acostumados com outros sistemas. A gente vê o paciente como um todo, inclusive a parte psicológica. A gente não vê só a pressão, só a diabete. Muitas vezes a gente vai na casa para ver como está a situação e muitos deles são vistos só pelo cardiologista, só pelo pneumologista. Para os pacientes entenderem a nossa função e por que ele não está indo mais no cardiologista, eu acho que é um desafio também que a gente tem no consultório, na VD (profissional).

Esse posicionamento pode ser explicado, pelo menos em parte, pela noção histórica da saúde pública e dos centros de saúde como locais de controle de doenças entre a população pobre, sem a preocupação da atenção integral ao indivíduo¹⁶. A aceitação social desse novo modelo coloca-se, portanto, como um desafio, na medida em que ainda existe dificuldade das famílias de reconhecerem a importância da visita da equipe, ainda que o médico não esteja presente. Persiste a ideia de que se o médico não vai, não está havendo acompanhamento, embora todos os outros profissionais estejam presentes. A esse respeito, uma das idosas entrevistadas questionou enfaticamente as visitas espaçadas do médico, mesmo recebendo visitas regulares da ACS e da enfermeira.

Por outro lado, isso que se coloca como um obstáculo também é entendido pela equipe como

o principal avanço na atenção à saúde dos idosos pelas mudanças que o modelo biopsicossocial opera no modo de cuidar. A relevância do cuidado enquanto processo também atravessado pelos contextos familiares e comunitários é reconhecido. Os problemas de saúde são encarados a partir de um olhar sistêmico que não se limita ao enfoque das doenças como priorizado pelo modelo biomédico tradicional. A expectativa da população em relação ao modelo de cuidado que é ofertado é pertinente, pois, como destaca Almeida¹⁷, em geral, a responsabilidade pelo estabelecimento do vínculo fica a cargo do profissional sem considerar que as pessoas possuem concepções e estratégias de busca por cuidados de saúde que não necessariamente passam pela proposta da ESF.

Outro obstáculo referido pela equipe foram barreiras de acesso provocadas pelas características geográficas do território. Considerando as Clínicas da Família como porta de entrada prioritária da APS, a acessibilidade, ou seja, o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde é essencial. Trata-se, portanto, do fator que intermedeia a relação entre a procura e a entrada de fato no serviço¹⁸. A própria geografia do território, composto por ladeiras e pavimentação de paralelepípedo, somado à escassa oferta de transporte público coletivo, impõem barreiras de acesso à plena utilização do serviço. A população idosa é a mais afetada, pois, em muitos casos, já convive com problemas de locomoção e a equipe também tem dificuldades de fazer VD:

Porque já existiu um meio de transporte. Antes tinha o bonde e uma linha de ônibus. Criou-se um isolamento geográfico absurdo porque você não tem facilitadores. Os taxis, às vezes, selecionam porque não querem subir e nem descer. Às vezes, a gente quer fazer uma coleta de sangue e vem com todo material, mas é muito difícil o acesso. O transporte efetivo seria muito importante (profissional).

Há que se pensar o acesso de modo amplo, inclusive, por meio de ações sobre o sistema de transporte público local. Para a equipe, a existência de um veículo institucional significaria uma solução simples capaz de facilitar o deslocamento dos profissionais no território, reduzir as distâncias e aumentar o número de visitas no tempo que se tem disponível.

Outra barreira de acesso diz respeito à violência no território. Durante a ocorrência de tiros a equipe observa um maior número de faltas às consultas, pois os usuários *também têm medo de sair de casa*. Tal situação exige maior flexibili-

dade da equipe na marcação das consultas como modo de garantir a segurança dos usuários:

A situação é ainda preocupante quando a própria equipe não consegue chegar às casas das famílias:

A gente teve uma situação muito complicada com uma idosa em função da violência [...], a gente não estava conseguindo fazer visita domiciliar, a idosa evoluiu para óbito. [...] se a gente não tivesse essa violência, teria conseguido manejar de uma forma melhor e, de repente, isso poderia ter sido evitado (profissional).

A violência como entrave na atenção à saúde da população já vem fomentando importantes debates tanto em relação ao impacto que produz no funcionamento dos serviços de saúde quanto na própria produção de novas demandas para o setor saúde, na medida em que tem repercussões na saúde da população e dos profissionais. A ESF, por ter como locus de atenção a família e a comunidade, exige que os profissionais circulem pelo território, levando-os a ficarem expostos a contextos violentos¹⁹. Não raro, unidades de saúde precisam ser fechadas por medida de segurança, deixando a população desassistida. A vulnerabilidade à violência no ambiente de trabalho gera medo e ansiedade, além de sentimentos de impotência e frustração, com consequências à saúde física e mental dos profissionais. A violência pode levar ainda à descaracterização do trabalho da ESF, pois, muitas vezes, limita a atuação dos profissionais de saúde ao interior das unidades de saúde, alterando assim a natureza do atendimento¹⁹.

A necessidade de assistir uma população para além do preconizado é apresentado como mais uma limitação: recomenda-se uma média de 3 mil usuários por equipe de saúde da família⁵, no entanto, a equipe entrevistada relatou ter que assistir um número maior, o que nomearam de equipe 'superpopulosa'. Na época da realização do estudo, haviam 3.633 usuários cadastrados na Paula Matos. Essa discrepância representa um obstáculo ao cuidado, já que existem grupos prioritários de acompanhamento, sendo possível que a assistência cuidadosa ao idoso aí não se inclua

A gente tem idoso, grávida, criança, a tuberculose, e isso tudo com tempo de atendimento mínimo. Então para você atender, atenção, prevenção, tratar a doença, diagnóstico é muito difícil no tempo que a gente tem. Temos às vezes vinte minutos pra fazer tudo isso (profissional).

O excesso de demanda e as cobranças de produtividade para toda a equipe podem dificultar ou impedir o exercício do cuidado integral. Os ACS ficam especialmente sobrecarregados ao fa-

zerem visitas periódicas a um número maior de famílias do que são capazes de acompanhar, comprometendo a qualidade do trabalho ofertado.

A figura dos ACS é especialmente importante nas situações em que os idosos não contam com o apoio de familiares. Em alguns casos, ele é a única referência de cuidado do idoso, o que exige atenção constante. Através do vínculo estabelecido entre eles, se dá o cuidado:

É essa dificuldade do idoso que mora só. Muitas vezes, ele só conta com a gente, depende da nossa visita, do nosso acompanhamento. Tem uma paciente que passou mal, ela até tem família. E eu fui lá, 'Você veio aqui? Vocês são a minha família'. E somos! As filhas estão todas no exterior (profissional).

Existe também uma preocupação da equipe direcionada à dinâmica familiar dos idosos, vivida como um desafio. A fala dos profissionais sugere que as interações entre membros de diferentes gerações dentro do próprio lar ou com os quais o idoso não tem afinidade, tanto por uma imposição financeira ou por debilidade física, contribuem para quadros de adoecimento. No entanto, é preciso considerar que em classes populares, a agregação de diferentes gerações no mesmo lar, ou espaço geográfico, está para além de problemas de cunho financeiro como se costuma pensar. Trata-se de um modo de organização familiar que engloba cuidados solidários entre gerações.

No âmbito familiar, a violência contra os idosos, expressa como abuso financeiro e econômico, desponta como um fator que preocupa a equipe:

Eles reclamam muito quando a pessoa recebe pagamento. Eles se sentem muito oprimidos e dizem: 'Eu não tenho mais dinheiro, agora estou nas mãos de fulano'. Então bate uma depressão muito forte neles (profissional).

Essa violência é descrita como a exploração ilegal ou imprópria dos idosos ou o uso não autorizado por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais. Essa natureza da violência é observada, principalmente, no âmbito familiar e está associada, muitas vezes, a maus tratos físicos e psicológicos²⁰.

Para o gestor da clínica, o principal desafio enfrentado pela equipe da ESF é o estabelecimento de uma conexão com o idoso. O vínculo é um dos princípios que orienta a Política Nacional de Atenção Básica e que tem como base as relações de afetividade e confiança capazes de gerar um potencial terapêutico⁵. Segundo o gestor, a construção do vínculo requer confiança, respeito e empatia entre usuários e equipe, além de uma

organização do serviço que consiga responder às necessidades deles. O vínculo se configura como condição determinante para o cuidado:

Se você não tiver um vínculo com a pessoa, ela não vai vir, não vai abrir a porta pra você, não vai tomar a medicação. Já pensou... 'Eu não gosto do meu médico, eu não gosto da minha enfermeira, a minha enfermeira me passou esse tratamento, será que está certo? Porque eu acho que ela não gosta de mim' (gestor).

O gestor vê a CFSVM como um local onde os idosos ganham visibilidade e suas queixas são tratadas como únicas.

As ações de atenção e promoção da saúde dos idosos, bem como os seus obstáculos e desafios, foram esmiuçados pelos sujeitos do estudo, fornecendo um amplo panorama do grau de excelência do cuidado desenvolvido na APS. Chama a atenção a qualidade do vínculo, força motriz que une os sujeitos em rede, que se estabelece entre a equipe Paula Mattos e os idosos e cuidadores entrevistados. Os obstáculos e os desafios apresentados dizem mais respeito a questões sociais e estruturais da Cidade do que a qualidade da atenção ofertada pela referida equipe à população estudada da CFSVM.

Assistência aos idosos com doenças crônicas

No tocante à situação dos idosos com doenças crônicas, a atuação do NASF ganha destaque. A interconsulta com profissionais do NASF foi enfatizada como uma estratégia que ajuda a equipe a lidar com situações mais complexas, por qualificar o atendimento ao usuário e auxiliar os profissionais nas abordagens e tomadas de decisões. Apresenta-se como uma ferramenta que potencializa a integralidade do cuidado e que, do ponto de vista da equipe, diminui o número de encaminhamentos para a atenção secundária.

A construção do projeto terapêutico singular (PTS) é uma estratégia importante da qual a equipe lança mão, principalmente nas situações de maior dificuldade. Os pactos e o planejamento do cuidado são realizados conjuntamente pela equipe com apoio do NASF, o que permite a elaboração coletiva do cuidado e a integralidade da atenção. As reuniões de equipe também são vistas pelos profissionais como um importante dispositivo de educação e capacitação permanente.

Os grupos voltados para usuários com doenças crônicas são empregados como estratégia de ampliação da oferta qualificada e de aderência dos usuários idosos com problemas de saúde, embora,

não sejam destinados exclusivamente a esse público. Pelo seu caráter educativo, os grupos apresentaram-se como dispositivos de promoção da saúde. A CFSVM contava, na época do estudo, com os seguintes grupos: “nutrição”; “hipertensos”; “portadores de distúrbios mentais” (“Roda vida”); “dor crônica” e previsão de implementação de mais dois: “diabéticos” e “meditação e relaxamento” (Med SUS) que consta na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares²¹.

Esses grupos funcionam como espaço de mudança de estilo de vida e de interação com outras pessoas que vivenciam uma situação semelhante:

Os grupos são motivacionais. Porque é legal você ter pessoas que bem ou mal partilham das mesmas aflições, têm as mesmas doenças com evoluções diferentes, e podem trocar experiências. Ainda mais nos pacientes que são mais relutantes em seguir determinada orientação (profissional).

A equipe reconhece nesses grupos o estímulo à reflexão sobre o processo de adoecimento e os fatores envolvidos que tendem a estimular formas de autocuidado e mudança de estilo de vida, elementos cruciais no tratamento de doenças crônicas.

A equipe identifica a necessidade de uma vigilância à saúde mais próxima aos idosos com doenças crônicas. O gestor reconhece o prontuário eletrônico, componente do sistema de informação clínica, como indispensável não só para o registro, mas para a qualificação do acompanhamento dos usuários, especialmente, dos com doenças crônicas que demandam maior regularidade de assistência.

Na equipe, o ACS desenvolve papel estratégico na vigilância à saúde dos idosos, pois consegue sinalizar para os demais profissionais da equipe a necessidade de intervenções mais específicas. Quanto ao cuidado domiciliar dos idosos acamados, o gestor pontua:

Agora, [a VD] aos acamados é excelente. Em média eles [os ACS] fazem de duas a três visitas ao mês. Agora vamos supor que foi lá e não está bem, leva para uma equipe. Até porque o enfermeiro, o médico, eles têm que visitar esses pacientes uma vez ao mês (Gestor).

Uma grande preocupação da equipe refere-se à dificuldade de aderência ao tratamento por idosos com doenças crônicas. A falta de conhecimento sobre as implicações desses agravos, principalmente nos casos em que se trata de acometimentos silenciosos, desafia a equipe:

Quando a pessoa se machuca, corta o pé ela está vendo. Mas quando a pessoa tem diabete e não sente nada e sequer soube disso é difícil você falar

que ela vai ter horários para tomar o medicamento. O nosso grande desafio é mostrar que são doenças silenciosas, mas graves. E a questão da medicação... A importância da medicação quando não tem sintomas, porque muitos só se conscientizam quando estão usando insulina (profissional).

O processo de adoecimento é vivido de modo singular e a consciência da enfermidade está muito atrelada a sentir dor ou à incapacidade física. A comunicação clara entre usuários, familiares e profissionais sobre as implicações a curto e longo prazo das doenças crônicas mostra-se fundamental no entendimento da situação²². Sabe-se que o sucesso do tratamento está atrelado à participação e envolvimento do usuário de modo ativo nesse processo. A adesão ao tratamento não depende somente da prescrição profissional, mas do reconhecimento pelo usuário da sua situação de saúde e a relação com os seus hábitos¹⁵.

Para o gestor, tão importante quanto respeitar o direito do usuário de negar a visita ao ACS ou de recusar algum tratamento específico é investigar os fatores por trás dessa recusa. A relação entre gênero e cuidados de saúde é um desses fatores que chama a atenção da equipe, exigindo esforços de conscientização. O gestor observa que os homens costumam frequentar menos o serviço, indicando que homens e mulheres são influenciados por elementos culturais distintos que os levam a desenvolver padrões comportamentais opostos em relação ao autocuidado com a saúde. A baixa procura dos homens pelos serviços de saúde é influenciada por um modelo hegemônico de masculinidade, no qual prevalece as noções de virilidade, força e invulnerabilidade²³.

Soma-se às questões de gênero, o estigma em torno de algumas doenças que representa uma barreira à aderência ao tratamento. É o caso da depressão, que, nas classes populares, costuma ser vista como “doença de rico” e não como um legítimo problema de saúde. Nesse sentido, um grande desafio para a equipe é quebrar essas barreiras culturais que prejudicam o cuidado:

E a depressão muitas vezes é difícil, em um grau leve, o paciente ter aceitação sobre isso. O paciente idoso é mais difícil de ser trabalhado porque, às vezes, eles têm dificuldade de entender por que isso está acontecendo. Eles vêm de uma geração que em relação à depressão muitas vezes parecia ‘frescura’ ou coisa de quem tem condição financeira, e não tem nada a ver com isso. Um paciente jovem que vem de outra geração vai aderir muito mais fácil do que um paciente idoso (profissional).

Tanto os profissionais quanto o gestor da unidade fazem referência à dificuldade de con-

tar com algumas famílias no tratamento do idoso com doenças crônicas, o que contribui, do ponto de vista da equipe, para um tratamento irregular. Para o gestor, nos casos em que é difícil implicar a família no cuidado, faz-se necessário um maior investimento na construção de um laço de confiança entre a família e a equipe. Outro ponto a se sublinhar são conflitos em relação ao cuidado tanto em contextos nos quais os idosos não querem se sentir dependentes dos seus familiares quanto no quais os familiares se veem obrigados a cuidar de seu idoso contra a seu desejo e motivação.

Os profissionais referem ter dificuldade em lidar com os conflitos que se dão no âmbito familiar dos idosos com doenças crônicas. O embaraço sentido pela equipe nessas situações exige um exercício de desconstrução das noções tradicionais de cuidado no seio da família. Minayo²⁰ esclarece que no Brasil, e também no mundo, a família é locus privilegiado de moradia e de cuidado do idoso. No entanto, as competências para cuidar, proteger e respeitar o idoso não é algo natural, mas uma coconstrução feita ao longo do ciclo da vida familiar. A justificativa de que a família é a única estrutura responsável pelo idoso é facilmente quebrada quando se observa dinâmicas familiares marcadas por conflitos resultantes de situações diversas como, por exemplo, o abandono e a incompatibilidade de personalidade, valores e estilos de vidas entre os jovens e os mais velhos²².

As múltiplas demandas exibidas pelos idosos com doenças crônicas exigem, não raro, ações intersetoriais de atenção à sua saúde. A equipe citou parcerias com: Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI-UERJ), CRAS, Coordenadoria de saúde da área de planejamento (CAP) e Programa de atenção domiciliar ao idoso (PADI). No entanto, a dificuldade de articulação com a rede de atenção é ainda apontada como um dos principais desafios na consolidação da atenção global ao idoso:

Acho que a gente ainda tem pouca conversa com o CRAS e com os outros dispositivos que a gente possa lançar mão no caso de algum problema. Facilitar e estreitar essa relação seria bem importante. Eu acho que isso ainda é uma fragilidade (profissional).

Além da desarticulação da rede, da burocracia excessiva e da ausência de um fluxograma bem definido, a equipe entende que faltam dispositivos estratégicos para que o idoso seja acolhido em toda a sua complexidade. É o caso, por exemplo, da ausência de abrigos temporários, em

quantidade e qualidade, para idosos em situação de vulnerabilidade.

A intersetorialidade é um elemento fundamental na efetivação da integralidade da atenção, pois articula diferentes órgãos a partir de um objetivo comum: a melhoria da qualidade de vida da população. E para que cada indivíduo possa ser trabalhado como um todo é preciso que todos os setores trabalhem juntos²⁴.

Para além do suporte formal representado pelas instituições de saúde e assistência social, a equipe aponta os vizinhos como elementos-chave na atenção à saúde dos idosos, na medida em que exercem papel de informantes e parceiros não só no âmbito da saúde, mas também nos afazeres diários dos idosos. Os vizinhos são capazes de evitar acidentes, ajudá-los em tarefas domésticas e passar informações para a equipe de saúde da família caso notem algo diferente. Nas situações em que o idoso não conta com o suporte familiar, os vizinhos assumem um papel fundamental. A equipe traz dois exemplos:

A gente tem dois casos emblemáticos de idosos, uma de cada médica [residente] que o cuidador é o mecânico da oficina que não tem grau de parentesco nenhum, mas é uma pessoa que pegou para si a responsabilidade. A outra são as vizinhas que são vizinhas daquela idosa há muitos anos que apesar de não ter contato íntimo são pessoas que também se responsabilizam pelos cuidados (profissional)

Os idosos, os familiares e os cuidadores também destacaram a importância dos laços de amizade estabelecidos com os vizinhos enquanto mecanismo de interação social e de proteção, ponto relevante, pois muitos idosos tendem a se sentir sozinhos e isolados. Estudos mostram que o cultivo de amizades e de relacionamentos funciona como fator protetivo importante, principalmente, em relação ao desenvolvimento da depressão e de comportamentos autodestrutivos²⁵.

A assistência aos idosos com doenças crônicas é permeada por opções variadas de ações de cuidado, porém ainda com interação anêmica entre os componentes da rede de assistência a essa população. O processo de adoecimento traz algumas dificuldades de entendimento da sua gravidade pelo idoso, o que irá demandar maior aproximação da família. Entretanto, o trabalho com essa instituição de raiz pela ESF mostra-se incipiente, pois, para estar no lugar de cuidadora, a família precisará também ser cuidada em suas dificuldades relacionais entre os familiares e entre eles e o idoso. Isto porque as doenças crônicas dos idosos poderão ser amenizadas num contexto familiar amoroso e acolhedor.

Percepção dos idosos, familiares e cuidadores acerca do acompanhamento recebido pela equipe da CFSVM

Das cinco idosas entrevistadas, quatro apresentavam importante comprometimento da capacidade de locomoção, sendo que uma delas encontrava-se acamada devido a um quadro avançado de artrose e mal de Alzheimer. Desse modo, as visitas domiciliares foram destacadas pelas idosas, familiares e cuidadoras como de suma importância para dar conta das necessidades apresentadas por elas, acompanhando uma percepção também compartilhada pela equipe.

As visitas regulares da equipe foram reconhecidas como algo que melhora o bem-estar das idosas, pois como destaca uma entrevistada: *A presença, uma palavra de conforto na gente. Tudo isso ajuda né* (idosas). Essa fala dá prova do papel do vínculo e do acolhimento na produção do cuidado. Em algumas entrevistas, as falas das idosas deixavam transparecer a solidão e o isolamento que sentiam. A ausência de familiares por perto e mesmo o sentimento de deslocamento quando vivendo em meio a familiares revelam alguns dos desafios enfrentados pelos idosos, aspectos a serem considerados pelas equipes de saúde da família. Apesar da relevância do vínculo, do acolhimento e da humanização do cuidado para o controle das doenças crônicas em idosos, Penha et al.²⁶ verificaram que alguns profissionais da APS não as reconhecem como relevantes e privilegiavam abordagens que empregam recursos materiais e palpáveis.

De modo geral, os idosos, familiares e cuidadores entrevistados identificam as mudanças no modelo de assistência à saúde e experimentam, de modo positivo, uma atenção mais próxima e singular. Demonstram, inclusive, surpresa com o tipo de acompanhamento ofertado pela clínica da família que difere do que estavam acostumados a receber:

Eu estou surpreso, porque o pessoal vem aqui, a gente tem acompanhamento, ela [a idosa] também está tendo acompanhamento, coisa que ela nunca teve, de ter um médico que vem aqui consultar. Até fazer exame de sangue em casa. Qualquer problema a gente leva lá, é atendida no mesmo dia (familiar).

Os usuários conhecem os profissionais pelo nome, o que denota um sinal importante do vínculo estabelecido entre usuário e equipe e quando questionados sobre a qualidade do cuidado recebido, os entrevistados teceram diversos elogios e mostraram-se bastante satisfeitos. No entanto,

embora observem avanços no modelo de atendimento, reconhecem que essa não é uma realidade que atinge toda a população idosa do país.

Uma crítica dos idosos refere-se ao encaminhamento para a atenção especializada que se apresenta como um ponto frágil na atenção integral à saúde dos idosos com doenças crônicas. Os entrevistados demonstraram angústia e insatisfação com as longas esperas por uma consulta. Em se tratando da atenção às doenças crônicas, a assistência especializada deve ser complementar e integrada à atenção básica de modo a superar a atuação fragmentada e descontextualizada dos modelos tradicionais de cuidado¹⁵.

De fato, ainda persiste no cenário brasileiro profunda iniquidade na atenção à saúde dos idosos fazendo com que os usuários entrevistados se sintam privilegiados em um cenário de múltiplas carências. A equipe admite que embora o país tenha caminhado para a redução dessas desigualdades a partir da construção de um sistema de saúde universal, o acesso à educação, ao lazer e aos meios de transporte ainda se dá de modo seletivo afetando, sobretudo, a população mais pobre.

A mudança do modelo biomédico de cuidado para o biopsicossocial na APS trouxe reconhecimento e gratidão dos usuários entrevistados que passaram a receber atendimento à saúde integral, longitudinal e regular, feito pelos ACS, médicos e enfermeiros da ESF.

Conclusões

Este estudo mostra, a partir das falas dos entrevistados, avanços na atenção à saúde dos idosos com doenças crônicas na APS. Os profissionais e o gestor da clínica da família analisada apresentam-se sensíveis à situação dos idosos, especialmente, àqueles com doenças crônicas que demandam estratégias de cuidado diferenciadas e regulares.

Conjectura-se que o alinhamento das falas e práticas dos profissionais com o que vem sendo preconizado pelas políticas públicas de saúde seja resultante, pelo menos em parte, do maior incentivo nos últimos anos à qualificação dos profissionais de saúde enquanto um dos eixos para o fortalecimento da APS. Destaca-se, neste sentido, a presença, na equipe da ESF entrevistada, de médicos residentes em medicina de família e comunidade, que a partir de uma formação preocupada com a tríade indivíduo-família-comunidade, ou seja, com uma visão complexa e contextual

das questões de saúde, são capazes de operar um cuidado norteado pela noção de integralidade dentro do paradigma biopsicossocial. Além das reuniões de equipe, os médicos residentes são acompanhados por preceptores que incentivam a reflexão da prática e qualificação da atuação dos residentes *in loco*. Estudos evidenciam que a APS é mais efetiva quando conta com a presença de médicos especializados, neste caso, o Médico de Família e Comunidade²⁷.

Apesar dos avanços, algumas barreiras persistem, afetando o pleno acesso dos idosos aos cuidados de saúde, limitando a qualidade da atenção, da proteção e da promoção à saúde dessa população. O cuidado aos usuários com doenças crônicas deve acontecer de modo integral¹⁵, o que só é possível se articulado em rede. A desarticulação das redes intra e intersetoriais, apontada como uma fragilidade nesse estudo, mostra-se um desafio a ser superado. Dificuldade de acesso, limitações da atuação da equipe pela falta de recursos humanos e materiais e as dificuldades das equipes da ESF no lidar com as especificidades das dinâmicas familiares e mesmo com o próprio idoso comprometem a resolutividade da assistência.

As tensões entre as famílias dos idosos e a equipe sugerem a necessidade do fortalecimento da rede de apoio ao idoso e da qualificação dos profissionais de modo que possam ter uma postura mais compreensiva em relação às questões que envolvem a família. São muitos os desafios enfrentados pela família no cuidado de um idoso, que podem gerar desgaste físico, emocional e grande sobrecarga de tarefas no seu cotidiano.

A CSVVM já teve um grupo direcionado para cuidadores de idosos, familiar ou cuidador contratado. Esse apoio institucional é relevante, sobretudo, no cuidado dos idosos com limitações

físicas e mentais, situação da maioria dos que foram entrevistados. Caldas²⁸, em estudo realizado com familiares responsáveis pelo cuidado de idosos com demência, observou que esses cuidadores demandam apoio objetivo e subjetivo, pois além de precisarem contar com serviços confiáveis para acompanhar o familiar idoso, necessitam, eles próprios, de espaços adequados de acolhimento, uma vez que se sentem esgotados e fragilizados pela intensa carga de trabalho ao qual estão submetidos no trato diário com o idoso.

Esse grupo foi lembrado pela cuidadora de uma das idosas entrevistada como um momento de aprendizado e troca de experiência, essencial quando o cuidador não dispõe de conhecimento prévio para a tarefa.

Dependência, estresse e o isolamento familiar são fatores de risco para a violência, maus-tratos e negligência intrafamiliar com os idosos²⁹, por isso a importância de maior apoio aos idosos e seus familiares.

Quanto às limitações do estudo, destaca-se que as entrevistas com os idosos e seus familiares/cuidadores alcançaram uma população específica: idosas com mais de 80 anos e com múltiplas comorbidades. A equipe indicou os usuários que demandavam acompanhamento regular. Desse modo, não foi possível ouvir os idosos, por exemplo, que frequentavam os grupos de promoção da saúde, carecendo o estudo, da percepção desses usuários sobre a assistência recebida.

O estudo revela um universo complexo, no qual o processo de cuidado é influenciado por uma miríade de fatores tanto macros como micros e que se configuram como objetos de questionamento e intervenção no âmbito da atenção primária, uma vez que afetam a qualidade de vida da população idosa.

Colaboradores

M Schenker e DH Costa participaram igualmente da concepção, delineamento, redação e revisão final do artigo.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Divisão de Estudos e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período de 1980-2050: revisão 2006*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Sala de Imprensa: indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
3. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Cien Saude Colet* 2012; 17(1):123-133.
4. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 575-625.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, MS; 2012.
6. Buss PM. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 15-38.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: MS; 2002. [Série B. Textos Básicos em Saúde].
8. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
9. Oliveira EB. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8(29):264-273.
10. Araújo LUA. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Cien Saude Colet* 2014; 19(8):3521-3532.
11. Silva LB. Avaliação do cuidado primário à pessoa idosa segundo o Chronic Care Model. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2018; 26:e2987.
12. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1979.
13. Esteves de Vasconcelos JM. *Pensamento Sistêmico: o novo paradigma da ciência*. Campinas: Papyrus; 2013.
14. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília: MS; 2013.
16. Campos CEA. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o sistema distrital de administração sanitária. *Hist Cien Saude-Manguinhos* 2007; 14(3):877-906.
17. Almeida JF. *Exposição à violência comunitária dos agentes da estratégia de saúde da família e repercussões sobre sua prática de trabalho: um estudo qualitativo* [dissertação]. São Paulo: USP; 2016.
18. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 183-206.
19. Polaro SHI, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Enfermeiras desafiando a violência no âmbito de atuação da estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enferm* 2013; 22(4):935-942.

20. Minayo MCS. *Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2004.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS*. Brasília: MS; 2006.
22. Linck CL, Bielemann VLM, Sousa AS, Lange C. Paciente crônico frente ao adoecer e a aderência ao tratamento. *Acta Paul Enferm* 2008; 21(2):317-322.
23. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saude Publica* 2007; 23(3):565-574.
24. Senna LA, Cavalcanti RP, Pereira IL, Leite SRR. Intersectorialidade e ESF: limites e possibilidades no território de uma unidade integrada de saúde da família. *Rev Bras Cien Saude* 2012; 16(3):337-342.
25. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT, Fergusson DM, Deavoll BJ, Nightgale SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in person making serious attempts: a case control study. *Am J Psychiatry* 1996; 153(8):1009-1014.
26. Penha AAG, Barreto JAPS, Santos RL, Rocha RPB, Morais HCC, Viana MCA. Tecnologias na promoção da saúde de idosos com doenças crônicas na atenção primária à saúde. *Rev Enferm UFSM* 2015; (3):406-414.
27. Sarti TD, Fontenelle LF, Gusso GDF. Panorama da expansão dos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: desafios para sua consolidação. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2018; 13(40):1-5.
28. Caldas CPO. Idoso em Processo de Demência: o impacto na família. In: Minayo MCS, Coimbra Júnior CEA, organizadores. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 51-71.
29. Meira EC, Gonçalves LHT, Xavier JDO. Relatos orais de cuidadores de idosos doentes e fragilizados acerca dos fatores de risco para violência intrafamiliar. *Cienc Cuid Saude* 2007; 6(2):171-180.

Artigo apresentado em 10/06/2018

Aprovado em 20/08/2018

Versão final apresentada em 22/08/2018