

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

**INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**

**ATENÇÃO INTEGRAL AO IDOSO NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA: UM OLHAR SOBRE A FORMAÇÃO E PRÁTICAS  
MÉDICAS**

**LUCIANA BRANCO DA MOTTA**

**Tese apresentada como requisito parcial  
para obtenção do grau de Doutor em  
Saúde Coletiva, Curso de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva – área de  
concentração em Política, Planejamento  
e Administração em Saúde do Instituto  
de Medicina Social da Universidade do  
Estado do Rio de Janeiro.**

**ORIENTADORA: Dra. ADRIANA CAVALCANTI DE AGUIAR**

**CO-ORIENTADORA: Dra. CÉLIA PEREIRA CALDAS**

**Rio de Janeiro**

**2008**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**Dedicatória** (in memoriam)

Para Francisco, meu pai , e  
Daniel, meu sobrinho.

**Dedicatória**

Para minha mãe, Theresa

Você tem sido para todos nós um exemplo de “envelhecimento saudável”,  
superação e capacidade de adaptação, mesmo frente a grandes adversidades.



**Pintura interna da UBS do Canal do Anil/SMSRJ. Autor da comunidade local.**

## Agradecimentos

Para Gilberto, meu companheiro, e Bruno, pela paciência e atenção principalmente nas fases finais de maior ausência.

Para minha irmã, Flávia, companheira e amiga, que me ajudou na arte final.

Para meu irmão Cláudio, e Adriana, João e Ana, pelo carinho e amizade.

Para minha família, a força, amizade e companheirismo, demonstrado por todos, nos diversos momentos vividos nestes anos.

Para meus amigos e colegas de trabalho no NAI. O apoio de vocês foi fundamental para que este trabalho pudesse chegar ao fim.

Para os Gestores que se interessaram e facilitaram o trabalho.

Para as equipes com quem trabalhei. Vocês me ensinaram muito.

Para as auxiliares de pesquisa, Fernanda Garcia Ramos, Isis da Costa Coutinho e Thais Falcão Pereira. Muito obrigada pelo empenho e entusiasmo pelo trabalho.

Para Luciana Mendonça, que ajudou na transcrição e organização dos dados.

Para a Sra. Augusta Boal pelo carinho com que revisou o texto.

**Sumário:**

			pág
Tabelas			8
Fluxogramas			9
Siglas Utilizadas			10
Resumo			12
Abstract			13
Capítulos			
1		Introdução	14
2		A Estratégia Saúde da Família: um modelo reorganizador do sistema	17
3		As Políticas Públicas e a Atenção ao Idoso	27
4		Contribuições da Geriatria e Gerontologia para a Atenção à Saúde do Idoso: Conceitos e Implicações para a prática assistencial	36
5		A Formação Profissional Desejável para a Atenção ao Idoso	57
6		Competências para a Atenção ao Idoso na Rede Básica	61
7		Metodologia	67
	7.1	Critérios de Seleção e Características dos Municípios Estudados	68
	7.2	Técnicas de Coleta de Dados	74
	7.2.1	A Consulta de Documentos	74
	7.2.2	A Entrevista Individual	74
	7.2.3	O Grupo Focal:	75
		A) Fluxograma Descritor	76
		B) Discussão de Caso Problema	76
	7.3	Análise de dados	77
	7.4	Ameaça à validade	79
	7.5	Operacionalização do Trabalho de Campo	81
8		Resultados	85
	8.1	Análise Documental	85
	8.2	Entrevistas com o Gestor Estadual e Gestores Municipais	88
	8.3	A Descrição do Campo:	91
	A)	Município de Paulo de Frontin	92

		B)	Município do Rio de Janeiro	93
		C)	Município de Itaboraí	95
	8.4		Fluxograma descritor	97
	8.5		Discussão de Caso Problema	109
	8.6		Entrevista com os profissionais	115
9			Discussão	127
10			Considerações Finais	140
Referências Bibliográficas				145
Anexos				159
		A)	Quadro Sumário da Metodologia	160
		B)	Os Instrumentos	161
			B.1 _roteiro da entrevista com os gestores	162
			B.2_roteiro da entrevista com os profissionais	163
			B.3_complementação da entrevista com os médicos	164
		C)	Termo de consentimento	165

**Tabelas:**

<b>Nº.</b>	<b>nome</b>	<b>pág</b>
<b>1</b>	Tabela 1: Evolução histórica da implantação das equipes de Saúde da Família no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro.	25
<b>2</b>	Tabela 2: Situação da Estratégia da Saúde da Família no Estado do Rio de Janeiro.	25
<b>3</b>	Tabela 3: Dados Demográficos do Brasil, Estado e Município do Rio de Janeiro (2005).	69
<b>4</b>	Tabela 4: Percentual de idosos nos municípios selecionados.	70
<b>5</b>	Tabela 5: Cobertura populacional pela Saúde da Família nos municípios selecionados.	70
<b>6</b>	Tabela 6: Principais causas de óbito hospitalar, nos municípios selecionados, segundo grandes grupos de CID-10, em 2006.	71
<b>7</b>	Tabela 7: Distribuição dos profissionais nas equipes selecionadas.	84
<b>8</b>	Tabela 8: Agenda da Equipe A1.	92
<b>9</b>	Tabela 9: Agenda da Equipe A2	93
<b>10</b>	Tabela 10: Agenda da Equipe B3	94
<b>11</b>	Tabela 11: Agenda da Equipe C5	96
<b>12</b>	Tabela 12: Agenda da Equipe C6	97
<b>13</b>	Tabela 13: Resultado das discussões de caso com as equipes do Município de Engenheiro Paulo de Frontin	112
<b>14</b>	Tabela 14: : Resultado das discussões de caso com as equipes do Município do Rio de Janeiro	113
<b>15</b>	Tabela 15: Resultado das discussões de caso com as equipes do Município de Itaboraí	114
<b>16</b>	Tabela 16: Trabalho na ESF e dificuldades encontradas	116
<b>17</b>	Tabela 17: Percepções dos profissionais acerca de seu envelhecimento de acordo com as categorias profissionais.	117
<b>18</b>	Tabela 18: Prática no atendimento aos idosos.	118
<b>19</b>	Tabela 19: Competências necessárias para trabalhar com idosos.	119
<b>20</b>	Tabela 20 Determinantes da diferença entre a atenção ao idoso e ao adulto jovem	120
<b>21</b>	Tabela 21: Práticas preventivas na rotina do atendimento ao idoso pelos médicos	122

## Fluxogramas

<b>Equipe</b>		<b>pág</b>
<b>A1</b>		101
	Na Residência	
	Na UBS	
<b>A2</b>		102
	Na Residência	
	Na UBS	
<b>B3</b>		104
	Na Residência	
	Na UBS	
	Atendimento Domiciliar	
<b>B4</b>		105
	Na Residência	
	Na UBS	
<b>C5</b>		107
	Na Residência	
	Na UBS	
<b>C6</b>		108
	Na Residência	
	Na UBS	

**Siglas Utilizadas:**

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AGA	Avaliação Geriátrica Ampla
AGS	American Geriatrics Society
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família
AP	Área Programática
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividade de Vida Diária
BGS	British Geriatrics Society
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa
CTI	Comitê de Trabalho Interdisciplinar
DAB	Departamento de Atenção Básica
DM	Diabetes Mellitus
EPF	Engenheiro Paulo de Frontin
ETIS	Escola de Informação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos
FLBA	Fundação Legião Brasileira de Assistência
GAT	Grupo de Apoio Técnico
H FAM	História Familiar
H SOC	História Social
HÁ	Hipertensão Arterial
HPP	História Patológica Progressiva
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística
IDB	Indicadores e Dados Básicos
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corporal
INPEA	International Network Elder Abuse
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MG	Minas Gerais
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
NAI	Núcleo de Atenção Ao Idoso
NASF	Núcleo de Apoio da Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM	Posto de Assistência Médica
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho Em Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSA	Antígeno Prostático Específico
PSF	Programa de Saúde da Família
REC	Remédio Em Casa
RIPSA	Rede Interagencial de Informações Para A Saúde
RJ	Rio de Janeiro
SAMU	Serviço Médico de Urgência

SESC	Serviço Social do Comércio
SECDEC	Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil
SF	Saúde da Família
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB	Sistema de Informação Atenção Básica
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SMAF	Sistema Medida de Autonomia Funcional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TIG	Teste Imunológico de Gravidez
TSH	Hormônio Estimulante da Tireóide
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNATI	Universidade Aberta da Terceira Idade
VD	Visita Domiciliar
WHO	World Health Organization

**Resumo:**

**Introdução:** A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criada como a principal iniciativa de reorientação do modelo assistencial no SUS, ao mesmo tempo em que a população brasileira envelhecia. As equipes da SF estão lidando com a atenção à saúde deste contingente populacional sob a influência de aspectos técnicos, institucionais e culturais adversos como a sua frágil capacitação, a não interligação da rede, e o escasso valor social dado ao velho na sociedade. Este estudo foca a atenção ao idoso, no contexto da implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no Estado do Rio de Janeiro, utilizando metodologia qualitativa.

**Objetivos:** Seu objetivo geral é conhecer a atenção ao idoso no contexto de trabalho da Estratégia de Saúde da Família no Estado do Rio de Janeiro. Especificamente pretendeu-se conhecer a percepção dos profissionais de saúde acerca do envelhecimento e suas conseqüências sobre a atenção ao idoso na ESF; discutir o papel da ESF numa rede de atenção ao idoso, analisando a organização da rede e analisar o processo de trabalho na atenção ao idoso. **Metodologia:** Utilizando métodos descritivos e analíticos, três conjuntos de dados foram articulados: dados sobre o contexto do Programa de Saúde da Família em cada município, dados relativos aos conhecimentos técnicos das equipes sobre atenção ao idoso e dados relativos à percepção dos profissionais sobre a atenção ao idoso na ESF. Como técnicas de coleta de dados foram utilizadas a entrevista individual, o grupo focal e a análise documental os dados. Foram realizados 54 entrevistas individuais e 6 grupos focais para a criação de Fluxogramas Descritores e Discussões de Casos. Participaram 6 equipes de 3 municípios do Estado do Rio de Janeiro. **Resultados:** Da análise dos dados emergiu o papel de ESF na rede de atenção ao idoso, o que permite a determinação de conteúdos, habilidades e atitudes que precisam ser desenvolvidos como um todo nos profissionais, e nos médicos em particular. Também está clara a necessidade de articulação de uma rede de atenção ao idoso, integrada, composta por serviços e níveis de atenção diferentes e intersetorial, que permita uma prática de cuidado e a promoção de um envelhecimento saudável. **Conclusão:** A formação e as práticas destes profissionais, em particular do médico, precisam ser entendidas de um modo integrado e inseridas na graduação e pós-graduação. O treinamento das equipes, já instaladas, deveria ser trabalhado dentro das premissas da educação permanente e acompanhado de um trabalho de articulação de uma rede de atenção para o idoso, de forma a permitir seu resolutividade. Desenvolver as competências para os profissionais de saúde da ESF, sem desenvolver a competência do sistema de saúde não terá efeito significativo na qualidade da atenção prestada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde do Idoso, Estratégia de Saúde da Família, Formação profissional.

**Abstract:**

**Introduction:** The Strategy of Family Health (SHF) has been created as the main initiative for the reorganization of the assistance model in SUS. At the same period of time, the Brazilian population became aged. The professionals of HF attending this population contingent are submitted to the influence of technical, institutional and cultural aspects as its fragile training, the absence of an effective system of care, and the low social value given to the aged citizen in the society. This study is focused in the attention to the elderly, in the context of the Strategy of Health of the Family (SHF) in the State of Rio de Janeiro using a qualitative methodology. **Objectives:** The main objective is to unveil the context of the attention to the elderly in the Strategy of Health of the Family (SHF) in the State of Rio de Janeiro. Its specific objectives are to know the professionals perception concerning the aging process and its consequences related to the attention to the elderly in ESF; to discuss the paper of ESF in a net of attention to the elderly, analyzing the organization of the health system and; to analyze the work process in the attention to the elderly. **Methods:** the individual interview, the focal group and the documental analysis are the techniques of data collection utilized. Fifty-four individual interviews and six focal groups were accomplished for the Flux Descriptor's creation and the Discussions of Cases. Six teams of professionals participated, in 3 municipal districts of the State of Rio de Janeiro. **Results:** in relation to the role of SFH, technical contents, abilities and attitudes need to be developed with professionals as a whole, particularly among the doctors. The need of an articulated net of attention to the elderly was emphasized; the integration of different services and levels of attention and the intersectorial work allows a care practice and the promotion of a healthy aging. **Conclusion:** The professional education and practices need to be understood in an integrated way, particularly to the doctors. Those contents are important to be inserted in graduation and post-graduation courses. The training of the teams that are already in course should be worked attending the premises of the permanent education. An articulated and resolute assistance net for the aged is needed. In order to develop the competences for the professionals of health in the SHF is necessary to develop the competence of the system of health first. Without this, it will not be any significant result in order to improve the quality of Care.

**KEYWORDS:** elderly health, health family strategy, health professionals' capacitating

## **CAPÍTULO 1 - Introdução**

A população brasileira vem experimentando, ao longo dos últimos 50 anos, um processo de envelhecimento significativo, resultante da queda da taxa de natalidade e da redução dos índices de mortalidade. O envelhecimento populacional brasileiro se dá num contexto onde as doenças ditas “do atraso” (infecto-contagiosas) ainda se fazem presentes, estando acrescidas das doenças “associadas ao desenvolvimento”, as crônico-degenerativas.

Este é um desafio a ser enfrentado pela Atenção Básica, em particular pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Como responsável pela reorientação do modelo de cuidado à saúde, as equipes convivem com o crescente número de idosos e sua problemática específica, competindo com crianças, gestantes, homens e mulheres em idade fértil, num contexto epidemiológico de presença de doenças crônico-degenerativas, infecciosas e agravos decorrentes das doenças sociais, como a violência. Cabe à ESF cuidar destes opostos, trabalhar com as metas que incluem controle de doenças tanto agudas como crônicas, e cuidar da saúde da população em todo o ciclo de vida. Além disto, inúmeras expectativas cercam o trabalho das equipes da SF, principalmente em função da proximidade geográfica das unidades com as comunidades que compõem a população brasileira, em grande parte excluída do acesso à atenção à saúde.

A associação entre envelhecimento e doenças crônicas, sua relação com a necessidade de cuidado em saúde e do custo disto é fato já sabido. Porém, além das questões econômicas e políticas envolvidas no cuidado à saúde da população idosa é importante se pensar na qualidade deste cuidado. A prática médica, ao desenvolver-se baseada no consumo intensivo de alta tecnologia, voltada para o cuidado hospitalar, distanciou-se da prevenção, do cuidado primário, do acompanhamento prolongado a problemas crônicos, inerentes ao aumento das doenças crônico-degenerativas. Este afastamento permeia o processo de formação profissional, sendo a pouca expressão da gerontologia e geriatria na formação dos profissionais de saúde, em particular dos médicos, um de seus sinais. Apesar da pressão epidemiológica e demográfica às quais a sociedade, o sistema de saúde e de educação estão submetidos, o escasso valor social dado ao velho na sociedade também interfere no interesse dos profissionais, não tendo a geriatria um apelo na busca de status profissional para o estudante.

Em cada indivíduo o processo de envelhecimento ocorre de forma global e heterogênea, com aspectos biológicos, sociais, econômicos e psicológicos, que se mesclam segundo a história de vida de cada um. Este processo, mesmo no seu aspecto biológico, não é constante ou igual mesmo dentro de um mesmo indivíduo. A compreensão do processo de envelhecimento no Brasil com suas várias vertentes é fundamental para o entendimento e identificação das demandas de saúde apresentadas por esta população e sua assistência.

Como o envelhecimento não é um processo uniforme, os idosos e suas demandas também não o são. É preciso criar uma rede que dê conta desde a promoção do envelhecimento saudável, passando pelo cuidado aos idosos saudáveis até aos incapacitados. A questão colocada é: quem cuidará destes idosos? Evidentemente a medicina interna e a medicina de família têm importante papel a representar devido a sua centralidade no sistema de saúde (HAZZARD, WOOLARD E REGENSTREIF, 2001). No Brasil, a Saúde da Família representa a iniciativa do Ministério da Saúde para a atenção básica da população, recaindo sobre suas ações o cuidado à população idosa e a garantia de um envelhecimento saudável. No entanto, apesar das equipes estarem lidando com a população idosa, são evidentes as limitações técnicas e a inadequada capacitação em seu desempenho, face à complexidade do contexto social e de saúde que envolve as famílias assistidas.

A evolução tecnológica e as medidas preventivas e de promoção de saúde permitem reduzir a incidência de doenças em indivíduos com menos de 75 anos, com resultante compressão de morbidade<sup>1</sup>. Estas práticas são de responsabilidade de todos os profissionais de saúde.

O cuidado ao idoso só é possível dentro de um sistema de saúde coordenado, que trabalhe de forma integrada e longitudinal, onde cada instância pode contribuir com as ações a ela devidas. Também a Estratégia de Saúde da Família (ESF) preconiza o trabalho interligado a esta rede do sistema de saúde que se encontra em expansão e não organizada, não oferecendo o apoio necessário.

A falta de apoio social e de uma rede de suporte são situações que necessitam de serem entendidas quando se discute as condições de vida, o risco de fragilização da

---

<sup>1</sup> Compressão de morbidade, segundo Fries (1980) em seu texto clássico, refere-se à redução do acúmulo de danos durante a vida resultante de um trabalho de prevenção. Como consequência, há uma prorrogação de momento em que o indivíduo começa a apresentar comorbidades e as incapacidades consequentes a elas.

população mais idosa e uma abordagem de saúde que possa pelo menos ser abrangente e apta a dar conta das demandas desta população.

Em estudo anterior (MOTTA, 2004) investiguei as habilidades, conhecimentos e atitudes a serem instituídos na graduação e pós-graduação médicas para a atenção à população idosa. A questão é que os especialistas, geriatras, não podem ser responsáveis por toda a rede de atenção ao idoso, mas devem trabalhar em conjunto com os demais níveis de atenção e profissionais. Ao me debruçar sobre a capacitação dos médicos da Atenção Básica (AB) observei a necessidade de analisar o processo de trabalho desenvolvido por eles e a inserção e integração à rede de atenção ao idoso.

Este trabalho tem por objetivo conhecer a atenção ao idoso no contexto de trabalho da Estratégia de Saúde da Família no Estado do Rio de Janeiro. Especificamente pretende-se, a partir do conhecimento do processo de trabalho, de uma verificação do conhecimento técnico e da percepção dos profissionais das equipes de saúde, problematizar as dificuldades encontradas por estes profissionais na atuação junto aos idosos, discutindo o papel da ESF numa rede de atenção ao idoso, sua organização e influência para a atuação das equipes.

É impossível falar-se no desenvolvimento de competências sem buscar nas práticas do cotidiano, especialmente da Estratégia Saúde da Família, suas bases teóricas e práticas. A determinação do conteúdo necessário para isto só é possível ao estabelecermos o papel da Atenção Básica, em especial da ESF, na rede de atenção ao idoso.

O trabalho se estrutura da seguinte forma. No *capítulo 1*: é feita a introdução da questão. No *capítulo 2*: é apresentado um histórico da Estratégia de Saúde da Família contextualizando seu papel na Atenção à Saúde do Idoso. No *capítulo 3*: são apresentadas as Políticas Públicas Brasileiras e da Organização Mundial de Saúde e suas interfaces com a Política de Educação. No *capítulo 4*: é feita a discussão sobre as contribuições da Geriatria e Gerontologia para a assistência ao idoso com enfoque na Atenção Básica. No *capítulo 5*: é discutida a formação profissional, médica, desejável para a Atenção ao Idoso. No *capítulo 6*: são discutidas as competências para esta Atenção na Rede Básica, contextualizando-se com as práticas assistenciais. No *capítulo 7*: é feita a apresentação da metodologia e métodos utilizados na pesquisa. No *capítulo 8*: os resultados são apresentados. No *capítulo 9*: é feita a discussão dos resultados à luz do conhecimento desta área. No *capítulo 10*: são tecidas as considerações finais, apresentando as contribuições do trabalho e as perspectivas futuras.

## **CAPÍTULO 2 - A Estratégia de Saúde da Família: um modelo reorganizador da atenção à saúde.**

Neste capítulo será apresentado um histórico sobre a Atenção Básica (AB), com foco na Estratégia Saúde da Família, trazendo discussão sobre suas diretrizes, modelo tecno-assistencial e o papel na atenção ao idoso.

Atenção Básica é definida como ações de saúde, individuais e coletivas, abrangendo a promoção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, com áreas estratégicas para atuação como a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial, do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, mulher, idoso, a saúde bucal e a promoção de saúde.

“A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.”  
(BRASIL, 2006).

A política de saúde no Brasil a partir da década de 90 buscou mudar seus objetivos que privilegiavam a atenção hospitalar, passando a Atenção Básica a ser o foco de esforços e investimentos. Sua iniciativa começa com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com o objetivo central de contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi idealizado pelo Ministério da Saúde em 1994 (BRASIL, 1996) com o objetivo de reorganizar a prática assistencial, substituindo o modelo tradicional, por um modelo centrado no trabalho com a família, entendida no seu contexto físico e social, na concepção ampliada do processo saúde/doença e nas necessidades de intervenções que extrapolam as práticas curativas. Prestar atendimento de qualidade, integral e humano, garantindo o acesso à assistência e à prevenção, de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos e garantir equidade no acesso à atenção em saúde.

Assim a *Estratégia Saúde da Família*, criada com o nome de Programa Saúde da Família, tem a incumbência de substituir a rede de atenção básica tradicional, trabalhando de forma regionalizada, com base no diagnóstico situacional de saúde. Considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, deve buscar a integração com outras instituições governamentais e organizações sociais, a prática do cuidado familiar ampliado, através do trabalho em equipe interdisciplinar.

O Ministério da Saúde vem procurando consolidar esta estratégia desenvolvendo mecanismos como o PITS (Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde), o PROESF (Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família) e AMQ (Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família). O PITS (Portaria 227/MS) tem por meta implantar equipes em municípios de até 50 mil habitantes com taxa de mortalidade infantil igual ou maior que 50/1000 nascidos vivos, dando prioridade ao controle de hanseníase, tuberculose e malária. O PROESF objetiva a implantação da Estratégia em municípios acima de 100 mil habitantes, estruturando-se em três componentes: apoio à expansão e substituição do modelo de atenção; desenvolvimento de recursos humanos através da capacitação e educação permanente, formação em saúde da família e apoio e monitoramento das ações, e, implementação do processo de monitoramento e avaliação da atenção básica. A AMQ é uma proposta que integra o III componente do PROESF, que propõem uma metodologia de auto-avaliação.

Recentemente o MS cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF - BRASIL, 2008), os quais têm por objetivo ampliar a abrangência e conteúdo das ações e sua resolutividade, facilitando a inserção na rede a territorialização e a regionalização. É uma proposta que compreende equipes de apoio compostas por profissionais de saúde de diversas áreas e especialidades. É dada ênfase à saúde mental, não havendo menção da saúde do idoso como prioridade. Esta proposta vem trazer uma ajuda para a resolutividade da ESF, porém não substitui a organização da rede de atenção ao idoso e da discriminação dos papéis de cada um dos envolvidos.

Para a implantação da Estratégia é necessária a existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes. Os profissionais devem cumprir jornada de trabalho de 40 horas semanais, sendo a equipe composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas

por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família. É necessário que exista uma Unidade Básica de Saúde com consultório médico e de enfermagem, área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas. O sistema local deve garantir os fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar e a existência e manutenção regular dos insumos necessários para o funcionamento da unidade.

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006) preconiza que este trabalho esteja baseado na definição do território de atuação, na programação e implementação de atividades, priorizando a solução dos problemas de saúde mais frequentes e considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea. As ações educativas junto às comunidades devem ser capazes de interferir no processo de saúde-doença da população, de desenvolver ações focalizadas sobre os grupos e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis. A assistência básica deve ser integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial.

As diretrizes da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) para a Atenção Básica incluem nas ações propostas o acolhimento, a realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas, a participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações, o desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, e o apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social para a qualidade da atenção prestada.

Já para a Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2006), estas diretrizes são reforçadas pela inclusão de ações como a manutenção do cadastro atualizado das famílias e dos indivíduos, utilizando os dados para a análise contínua da situação de saúde. O diagnóstico, programação e implementação de atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes conforme os dados levantados. A prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias visa a propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade. O desenvolvimento de trabalho interdisciplinar e em equipe deve buscar a promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais através de parcerias. Os diversos saberes e práticas presentes na equipe devem ser valorizados, na perspectiva de uma abordagem integral e

resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito. A autogestão expressa através do estímulo à participação da comunidade no controle social, do planejamento, execução, avaliação sistemática das ações, visa à readequação do processo de trabalho.

O modelo proposto para a Estratégia tem no seu conteúdo teórico as bases para o desenvolvimento de um processo de trabalho reorganizador para o sistema. Porém, muitos ainda são os desafios existentes. Um deles são os recursos humanos da área de saúde que não estão preparados para atuar sob a lógica da Saúde da Família, havendo uma resistência à mudança do processo de trabalho e uma alta rotatividade profissional, particularmente do médico. Isto se vincula à pouca valorização do profissional, à fragilização do vínculo empregatício, aos salários e à dedicação exclusiva. Guglielmi (2006), na sua pesquisa sobre a permanência do profissional médico na ESF, apontou empecilhos para o estabelecimento da Estratégia: o desprestígio profissional junto à população e aos seus pares, o excesso de trabalho com pagamento não proporcional, a falta de referência e contra-referência que garantam a resolutividade das ações propostas na atenção. A necessidade da especialização para os profissionais recém-formados, a falta de autonomia na prática médica e a sobrecarga de trabalho também são pontos de enfraquecimento para o modelo assistencial, assim como a falta do desenvolvimento de competências dos médicos para atuar na função de generalistas. A ação deste profissional, neste modelo, se estende da prevenção e promoção da saúde até a atenção curativa, sendo necessário conhecer e saber atuar em todas as fases do ciclo de vida.

Os grandes centros representam um desafio maior, pois, além das dificuldades já descritas, são identificadas questões que dificultam a plena consolidação da estratégia como a oferta tradicional de serviços de saúde, a focalização nas áreas de risco com acesso prejudicado pelo crime organizado, a mudança no perfil dos agravos devido à violência urbana, a duplicidade de gastos com a implantação da estratégia e a manutenção da rede previamente constituída, e a falta de mecanismos de gestão, regulação e avaliação (CAETANO e DAIN, 2002).

Dentro deste contexto existe uma discussão sobre o modelo tecnoassistencial e a organização do processo de trabalho para o SUS e em especial para a ESF (FEUERWERKER, 2005; CECÍLIO, 1997; RIBEIRO e cols, 2004). Estes autores apontam questões relacionadas à separação entre o processo de trabalho de saúde atual e a proposta do ESF como um dos grandes desafios na reorganização do trabalho dentro dos princípios

do SUS. A fragmentação, a imobilidade, a desarticulação do sistema de informação e a burocratização são problemas que se superpõem. A dicotimização entre a necessidade do trabalho generalista e a especialização, explicitada pelo modelo hegemônico biomédico e hospitalocêntrico, o distanciamento dos profissionais ao sujeito/comunidade alvo de sua prática. A mudança de PSF que, como programa, traz objetivos e metas definidos, para ESF, que passa a trazer no seu bojo a idéia de reorientação do modelo assistencial capaz de impactar o sistema, aponta para esta necessidade de mudanças profundas para o processo de trabalho e para o sistema de saúde. Para atingir estes objetivos, o trabalho multidisciplinar e horizontalizado, os processos de diagnóstico baseados na realidade, o planejamento de ações e compartilhamento do processo decisório e o controle social, são fundamentais, mas requerem profundas mudanças, tanto na formação do profissional, na capacitação do controle social como no reordenamento do processo de trabalho.

O serviço de saúde é um local de produção de relações e de bens/produtos, onde o cuidado na saúde é um bem de serviço, produzido por trabalhadores concretos inseridos na sociedade. Desta forma, a integralidade do cuidado articula os processos de trabalho e formação de todos os profissionais de saúde (HENRIQUES E ACIOLI, 2004).

Existe um espaço intercessor, produção/consumo, que expõe distintas necessidades e formas de satisfazê-las na relação entre consumidores e produtores, neste caso usuários e profissionais de saúde. No processo de trabalho em saúde, o equilíbrio entre produção, consumo e necessidade é mantido por uma dinâmica particular, mutável e em constante movimento. O envelhecimento populacional traz este desafio para a ESF. Esta dinâmica é complexa pela diversidade dos profissionais envolvidos no processo e a variabilidade dos usuários e de suas necessidades (MERHY, 1997).

As organizações de saúde atuais se defrontam com o desafio de articular uma gestão não burocrática, que permita uma plasticidade, de forma a olhar para o seu interior e para seu meio, transformando-se e elaborando soluções a partir da realidade. Esta plasticidade coloca a educação permanente como um instrumento interessante por trazer uma discussão interativa das questões pela equipe envolvida (MERHY, 1997). O uso de protocolos instituídos, quando feito de forma rígida, dificulta a plasticidade necessária às modificações frente às especificidades existentes. A ESF tem como uma das propostas a autogestão, e a organização de prioridades segundo os dados cadastrados. Isto é um desafio para os profissionais que além de não estarem habituados a lidar com esta dimensão,

precisam dar conta das necessidades da população adscrita e de trabalhar com programas verticais determinados pelo gestor central.

Ribeiro e cols (2004) citando pesquisas realizadas com equipes de PSF, elencam onde os profissionais identificam as mudanças no processo de trabalho. Vários são os exemplos: o comprometimento, vínculo e co-responsabilização, bases para o acolhimento do indivíduo, em especial do idoso; o trabalho diferenciado das demais unidades de saúde; as ações de promoção de saúde; a atenção integral, contínua e longitudinal; as práticas preventivas; a facilitação do acesso do usuário à rede; assim como a possibilidade de redução de morbidades e internações. Estas mudanças também são responsabilizadas pela maior satisfação dos usuários, pela melhor vigilância à saúde, pela melhor utilização dos serviços, pela redução de internações e a melhoria da resolutividade da AB.

As diretrizes constituintes da AB são bases perfeitas para a atenção à saúde do idoso ser estruturada a partir da ESF. Porém, as dificuldades precisam ser enfrentadas e solucionadas para que a estratégia possa alcançar e consolidar o seu papel no sistema: a imposição dos programas pelo MS; a normatização centralizada, conflitante com a proposta de auto-gestão pelas equipes das prioridades identificadas na comunidade; a obrigatoriedade da adoção da Estratégia pelos municípios; a não consideração da heterogeneidade dos municípios; a deficiência nas redes regionalizadas e hierarquizadas, a não consideração do quadro epidemiológico; a manutenção do modelo centrado no médico com pouca integração ou planejamento coletivo.

Estes problemas são confirmados em outra pesquisa (GUGLIELMI, 2006), onde surgem questões, como a disponibilidade de recursos humanos e sua forma de contrato, a infra-estrutura material, que inclui as instalações não adequadas, a sobrecarga no atendimento, a precariedade da referência e contra-referência entre os diversos níveis de atenção, os sistema de informação e sua adequação e a inserção de dados. Estes funcionam como fatores impeditivos para a adequada atuação das equipes, e que a atenção ao idoso, mesmo colocada como ação prioritária pelo MS, precisa ser acompanhada de mudanças profundas no processo de trabalho. A consequência destes problemas na atuação da ESF se traduz pela alienação, sensação de impotência, redução de auto-estima, também identificada na fala dos profissionais nesta pesquisa, como veremos a seguir.

A identificação da ESF como porta de entrada se baseia na proposta de que a AB seria capaz de resolver 80% das questões de saúde trabalhando de forma hierarquizada com os demais níveis do sistema. Esta proposta, executada em uma rede desarticulada, não

apresenta a resolutividade esperada. Esta desarticulação se deve ao financiamento distinto para os diversos níveis de atenção, às limitações da média complexidade, que não alcança prover retaguarda à demanda existente de exames e especialistas e o perfil do profissional, principalmente dos médicos, em dar conta dos problemas mais complexos de saúde de caráter bio-psicossocial (FEUERWERKER, 2005). O não enfrentamento destes problemas, já fartamente identificados, compromete o reconhecimento da ESF como um modelo a ser defendido. A superposição de ações ou protocolos, para somar aos já muitos preconizados para a equipe, pode ser mais um fator determinante à pouca resolutividade da Estratégia. É fundamental que se reorganize e se dê condições para o desenvolvimento do trabalho, o que inclui um estudo deste processo e da inter-relação do sistema associado a uma maior capacitação dos profissionais de forma que estes possam ter um desempenho mais resolutivo.

O SUS é um sistema de saúde proposto dentro de um modelo de uma pirâmide. Este modelo é descrito como tendo uma base larga representada pela AB, que atua como porta de entrada para os demais níveis, uma parte intermediária representada pelos serviços ambulatoriais com especialidades clínicas e cirúrgicas, apoio diagnóstico e terapêutico, atendimento de urgência e emergência, ficando no topo desta pirâmide os serviços de maior complexidade tecnológica, representada pelos hospitais terciários ou quaternários que seriam as referências locais ou nacionais. A hierarquização busca racionalizar o atendimento garantindo um fluxo ordenado de usuários nos diversos eixos, através da referência e contra-referência. Na prática, já foi fartamente identificado que a AB não conseguiu se estabelecer como porta de entrada, que continua a ser feita pelas emergências e hospitais. A distorção do atendimento e a não racionalização dos recursos se mantêm, sendo o acesso aos serviços especializados muito dificultados, como também não existem profissionais em especialidades que consigam dar conta da demanda, pois não há, por exemplo, um retorno do usuário para a AB quando seu problema já está resolvido. Aos usuários cabe tentar resolver suas questões de saúde buscando atendimento em vários serviços distintos de forma que suas demandas possam ser resolvidas ou acompanhadas, não se importando com a hierarquização teórica da atenção (CECÍLIO, 1997).

Esta é uma realidade vista na prática nos diversos níveis de atenção. O usuário busca o remédio em um serviço, o atendimento em outro, o exame em outro, mesmo que isto represente a superposição de várias consultas e vários profissionais diferentes com grande perda de tempo de espera e orientações distintas. No atendimento ao idoso, esta é

uma prática identificada com grande frequência. Se ela é ruim para qualquer usuário, com o envelhecimento este usuário se coloca em uma situação de grande risco à saúde, pois fica exposto a polifarmácia, a exames desnecessários, muitas vezes não tendo seu problema identificado e tratado corretamente. A fragmentação do sistema acarreta a fragmentação da atenção com todos os seus riscos e custos elevados. Para Cecílio (1997) a referência deve passar a ser as pessoas e suas necessidades e não um modelo pré-definido. “... *pensar novos fluxos e circuitos dentro do sistema, redesenhados a partir dos movimentos reais dos usuários... que consigam viabilizar a construção de um sistema mais humanizado e comprometido...*”(CECÍLIO, 1997, pág. 476) A proposta da transformação da pirâmide em círculo, onde existem múltiplas entradas e saídas, dando idéia de movimento, privilegia os grupos mais vulneráveis, de forma a que estes tenham garantido seu acesso ao atendimento adequado às suas necessidades é muito interessante quando se pensa na atenção ao idoso com suas múltiplas demandas e complexidades. A discussão da rede de atenção ao idoso deve assim ser adequada à realidade brasileira, regional ou municipal, permitindo o trabalho integral, longitudinal, contínuo, com identificação de risco e respostas às necessidades e que inclua a ESF como uma dos seus mais importantes segmentos, mas que não pode ser descolado do sistema.

Apesar das inúmeras controvérsias a ESF, de acordo com Departamento de Atenção Básica do MS (DAB/MS), vem ocupando seu espaço na rede. Sua implantação se iniciou em 1998, como mostra a série histórica no Brasil, no Estado do Rio de Janeiro (Tabela 1). Houve uma significativa expansão do PSF a partir de 1998, se verificando ampliação quantitativa e geográfica da cobertura. Em 1998 existiam 1134 municípios cobertos (20,6%), em 2005 esta proporção passa para 86,2%. O processo se iniciou nas regiões nordeste, norte e sudeste, estendendo-se para o Sul e Centro-oeste em 2000/2001. Dos municípios que pertencem a regiões metropolitanas, 70% implantaram PSF até 2001. Apesar de terem conseguido pequena cobertura, para estes o PSF representa um importante instrumento como organizador do sistema, já que sua implantação requer uma reorganização da rede básica já instalada e uma reorientação de forma mais impactante do modelo assistencial (BRASIL, 2002 e 2005).

**Tabela 1: Evolução histórica da implantação das equipes de Saúde da Família no Brasil e no Estado do Rio de Janeiro**

	Brasil		Estado do Rio de Janeiro	
	Número Equipes	% cobertura	Número Equipes	% cobertura
<b>07/1998</b>	2054	4,4	42	<b>1,06</b>
<b>07/1999</b>	3306	7,06	87	<b>2,21</b>
<b>07/2000</b>	7645	15,70	350	<b>8,59</b>
<b>07/2001</b>	11087	22,12	567	<b>13,77</b>
<b>07/2002</b>	15824	30,39	776	<b>17,88</b>
<b>07/2003</b>	18207	34,19	876	<b>19,83</b>
<b>07/2004</b>	20822	38,33	937	<b>20,98</b>
<b>07/2005</b>	23097	42,05	1057	<b>23,62</b>
<b>07/2006</b>	26100	45,14	1288	<b>27,99</b>
<b>07/2007</b>	<b>27454</b>	<b>46,71</b>	<b>1370</b>	<b>29,51</b>

Fonte: DAB/MS [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) acesso 19/09/2007

No Estado do Rio de Janeiro o programa iniciou em 1998 não acompanhando o crescimento identificado no país. Ao final de 2004 (Tabela 2), a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro mostra a existência de 1030 equipes com uma cobertura de 24,13% da população no total, havendo ainda grandes diferenças regionais na implantação no estado.

**Tabela 2: Situação da Estratégia da Saúde da Família no Estado do Rio de Janeiro**

out/04	SIAB			
região	população total	famílias estimadas	% pop cob - PSF	ESF existentes SIAB
metropolitana I	9409711	2851428	7,06	191
metropolitana II	1780566	539565	60,61	309
noroeste	305287	91387	76,32	67
norte	725647	219893	37,52	78
serrana	864201	261879	42,32	105
baixada fluminense	488823	148128	59	81
médio paraíba	813209	246427	36,46	85
centro sul	303729	92039	102,07	89
baía ilha grande	187945	56953	47,02	25
total geral	14879118	4507699	24,13	1030

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.

Fonte: [www.saude.gov.rj.br](http://www.saude.gov.rj.br) acesso em 30 de março 2006.

Apesar das desigualdades regionais, da não cobertura completa, da não mudança do processo de trabalho da SF ainda muito voltado para o médico, da integração da SF à rede básica existente às vezes conflituosa, esta é uma iniciativa que traz na sua fundamentação propostas que abraçam a atenção ao idoso. Além disto, sua significativa capilaridade permite, tanto para o indivíduo idoso como para a saúde pública, que mudanças representem um grande impacto. Este foi o motivo da escolha da SF como objeto deste estudo.

Observar as interfaces entre a Estratégia de Saúde da Família e as Políticas Públicas que direcionam a Atenção ao Idoso, com as Diretrizes para a formação de recursos humanos, aqui focada no médico, é fundamental para poder-se pensar no desenvolvimento de competências necessárias a estes profissionais.

### **CAPÍTULO 3 - Políticas Públicas e a Atenção ao Idoso**

Neste capítulo serão apresentadas as Políticas para a Atenção ao Idoso no Brasil, a influência da Organização das Nações Unidas (ONU) / Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre estas, fazendo uma associação com as Políticas de Educação voltadas para formação de profissionais, médicos, para atender esta demanda.

Ao longo do último século foram instituídas políticas de assistência à população que envelhecia tanto no Brasil como no mundo. Algumas políticas da Organização das Nações Unidas (ONU) / Organização Mundial de Saúde (OMS) tiveram importante influência nas aqui colocadas. A história da assistência ao idoso se desenrolou no Brasil da seguinte forma:

Antes da formulação da Política Nacional do Idoso, algumas ações voltadas para o suporte à população idosa ocorreram no Brasil como a criação do Serviço Social do Comércio (SESC) em 1946, que passou a atuar na assistência social ao idoso. A internação custodial para aposentados e pensionistas com 60 anos ou mais foi criada, em 1974, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e a renda mensal vitalícia foi instituída pelo Governo Federal. Ainda em 1976, o Governo Federal promoveu um Seminário Nacional sobre Política Social da Velhice, que originou o documento “Política Social para o Idoso: Diretrizes Básicas”. Naquela ocasião, a Fundação Legião Brasileira de Assistência (FLBA) assumiu a responsabilidade de desenvolver programas de assistência social à população idosa (BRASIL, 2002).

Em 1982 ocorreu, em Viena, a *I Assembléia Mundial sobre Envelhecimento* da ONU, aprofundando conceitos e elegendo a qualidade de vida como sendo tão importante quanto a longevidade. A garantia da qualidade de vida foi imputada como uma meta aos governos, famílias, sociedade e aos próprios idosos. Esta assembléia teve influência no desdobramento das políticas de saúde para os idosos no Brasil (BRASIL, 2002).

Em 1988 é promulgada a *Constituição Brasileira* que estabelece que saúde é um “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988), cabendo a este a sua garantia através de políticas sociais e econômicas voltadas para a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Além disto, garantiu direitos específicos aos idosos através do Capítulo da Seguridade Social, a partir de um sistema de proteção e inclusão social. Apontou ainda as bases do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios incorporam a

idéia de universalidade de cobertura e atendimento, uniformidade e equivalência de benefícios e serviços entre as populações urbanas e rurais, e a equidade de participação no custeio. Instituiu o princípio da integralidade na atenção à saúde, da participação popular e controle social como componentes da administração democrática. Posteriormente, a Lei Orgânica da Assistência Social (8742/93) previu benefícios, serviços, programas e projetos de atenção com responsabilidade das três esferas de governo.

A *Política Nacional do Idoso* (PNI), instituída pela Lei 8.842/94 e regulamentada pelo Decreto 1948/96, define como população idosa o conjunto de indivíduos com 60 anos ou mais, estabelecendo direitos sociais, visando à garantia de autonomia, integração e participação na sociedade<sup>2</sup>. Esta lei preconiza a articulação institucional para a elaboração de um Plano de Ação Governamental para Integração da Política Nacional do Idoso, a ser composto por nove órgãos: MPAS, Ministério da Educação, da Justiça, Cultura, Trabalho e Emprego, Saúde, Esporte e Turismo, Planejamento, Orçamento e Gestão, e pela Secretaria de Desenvolvimento Urbano. Este plano estabelece as competências, define ações e estratégias e os mecanismos de negociação para garantir recursos financeiros entre as três esferas de governo, para a implementação, acompanhamento, controle e avaliação das ações. Suas diretrizes apontam para a participação social, a descentralização das ações político-administrativas, a divulgação de informações sobre a política, a prioridade no atendimento ao idoso pela família e pelos órgãos prestadores de serviço. Ao Ministério da Educação cabe a capacitação e reciclagem de recursos humanos em geriatria e gerontologia, incluindo a determinação da obrigatoriedade da disciplina na graduação, estratégias de introdução de programas de pós-graduação, além do apoio a estudos e pesquisas sobre o envelhecimento. A PNI incorpora a intersetorialidade e o trabalho conjunto entre as esferas do governo como sendo central para o enfrentamento das questões que o envelhecimento populacional traz para a sociedade, dentro dos princípios já estabelecidos para o SUS. Esta proposta, ainda hoje, não se desenvolveu na prática, onde se observa a fragmentação da atenção à saúde como um todo, e em especial, ao idoso, além da precária introdução destes conteúdos nos cursos de graduação em geral.

A *Política Nacional de Saúde do Idoso* (PNSI - Ministério da Saúde / Secretaria de Políticas de Saúde/ 1999) fundamentou a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa e em processo de envelhecimento, em conformidade com a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90). A PNSI teve como propósito “a promoção do envelhecimento

---

<sup>2</sup> Existe uma controvérsia quanto ao estabelecimento da idade, pois na Constituição é declarado como idoso o indivíduo acima de 65 anos. Isto cria um hiato de 5 anos na instituição de direitos do cidadão.

saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida”. Esta política trouxe importantes contribuições, como a introdução da capacidade funcional como um paradigma para a saúde do idoso. Porém, esta é uma política voltada para a população idosa, havendo pouca discussão acerca do envelhecimento como curso de vida e a necessidade de se propor um programa de envelhecimento saudável ao longo de todo o ciclo da vida do indivíduo.

A questão da longitudinalidade foi abordada em 2002 na ONU na *II Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento* ocorrida em Madri. O relatório de conclusão desta Assembléia para a saúde (OMS, 2002) propõe políticas voltadas para o envelhecimento ativo, mediante “processo de otimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem”.

Assim, este Programa da OMS, “Envelhecimento e Curso de Vida”, adota ênfases importantes como, por exemplo, o de curso de vida, onde vários fatores interagem, ao longo de toda a trajetória individual, determinando sua qualidade futura. Explicita que as políticas para um envelhecimento saudável devem lidar com questões da população idosa atual e futura, que certamente terá demandas diferenciadas. Elege metas baseadas na comunidade, com ênfase no respeito aos contextos e influências culturais, nas questões éticas relacionadas ao bem-estar, na atenção às diferenças de gênero e fortalecimento do vínculo entre gerações. No que tange aos recursos humanos, este programa delineia um profissional de saúde com uma formação diferenciada, que conceba saúde como promoção, prevenção e integração na comunidade, trazendo um desafio para os órgãos formadores e formuladores de políticas sociais. Para a OMS, o envelhecimento populacional representa um triunfo humano e um desafio e traduz o balanço entre sucesso das políticas de saúde pública e desenvolvimento social e econômico, e o aumento das demandas sociais e econômicas advindas do envelhecimento. (OMS, 2002).

No Brasil, fazendo eco a esta premissa apontada pela OMS na Assembléia Mundial (2002), é aprovado o *Estatuto do Idoso*, Projeto de Lei nº 3561/1997 em setembro de 2003, legalizando os diversos aspectos da proteção ao idoso (BRASIL, 2003). Entre os artigos previstos, vários têm implicação nas práticas de atenção ao idoso:

**Art. 3º** “É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde,

à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, a liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”.

**Art. 4º** “Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação omissão, será punido na forma de lei”.

**Art. 9º** “É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável em condições de dignidade”.

**Art. 15º** “É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos”. Este trabalho será efetivado através de cadastramento da população, atendimento especializado, unidades de referência, atendimento domiciliar, quando necessário, e reabilitação.

**Art. 18º** “As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda”.

O Estatuto dá à família, comunidade e poder público a responsabilidade sobre o cuidado, ficando claro o papel do Estado na garantia deste, tanto na saúde como na assistência social, financeira, legal ao idoso e sua família. A frágil interlocução e integração das ações é como veremos, um dos fatores de precariedade da atenção ao idoso.

A Organização Mundial de Saúde, em 2004, reconhece o papel central da Atenção Básica no cuidado à população idosa no documento *“Towards age-friendly primary health care”* (WHO, 2004). Entende que a crescente prevalência das doenças crônico-degenerativas demanda promoção e prevenção na comunidade assim como sua abordagem através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), ressaltando as muitas barreiras para o cuidado dos idosos nestas unidades, como transporte, acesso, dificuldades no preenchimento de papéis, o atendimento por profissionais de saúde assoberbados e sem tempo para ouvir, e a falta de treinamento específico na área. Para estes enfrentamentos propõe ações nos campos da informação, da educação, da comunicação e treinamento, do processo de trabalho e da adaptação do meio ambiente.

Mais recentemente, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) lançou a Portaria 399 de 22 de fevereiro de 2006, divulgando o *Pacto pela Saúde* composto por três

componentes: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. O *Pacto pela Vida* regula o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira: **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. Pela primeira vez a atenção ao idoso é colocada como uma prioridade para o SUS.

As prioridades destacadas no Pacto pela Vida apresentam forte correlação com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006). Esta foi aprovada em março de 2006 e estabelece a revisão das diretrizes e normas para a Atenção Básica, a Saúde da Família e o programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), apontando a Saúde da Família (SF) como sua principal estratégia de operacionalização. Fica clara a necessidade da inter-relação entre a atenção básica e a saúde do idoso e, a importância desta para estruturar uma rede de cuidado à pessoa idosa e um programa de promoção do envelhecimento saudável para a população.

Dentro deste contexto, de proposição de mudança para a assistência à população como um todo e em especial à população idosa, o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI - BRASIL, 2006) que atualizou a Política Nacional de Saúde do Idoso anterior. Esta traz como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, concebendo a saúde do idoso como interação entre saúde física, mental, econômica, capacidade funcional e suporte social (RAMOS, 2003). Aponta os desafios a serem enfrentados: a frágil rede de cuidado ao idoso, o número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar, a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares aptas para trabalhar com idoso, a falta de serviços especializados para dar suporte à atenção básica, a necessidade de hierarquização nos cuidados oferecidos segundo a identificação do risco de perda de autonomia e independência e de acordo com os recursos físicos, financeiros e humanos disponíveis. O entendimento desta realidade, visando melhor operacionalizar as ações devidas à Atenção Básica, em especial à Saúde da Família, a fim de viabilizar uma capacitação adequada é a base deste trabalho.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa adota as diretrizes de: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, a implantação de serviços de atenção domiciliar;

acolhimento preferencial em unidades de saúde respeitando o critério de risco; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção; fortalecimento da participação social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS, gestores e usuários; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde; apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. Para tanto, aponta estratégias como a adoção da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, a atenção ao Caderno de Atenção Básica \_ Envelhecimento e Saúde do Idoso, o desenvolvimento de programa de educação permanente à distância, o investimento no acolhimento nas unidades de saúde, a assistência farmacêutica, a atenção diferenciada na internação e a atenção domiciliar. A Política traz a discussão sobre a organização de uma rede de atenção abrangente, composta de diferentes cenários e serviços assistenciais, apontando a necessidade do inter-relacionamento entre estes e o trabalho intersetorial.

No contexto desta Política e em consonância com todas as formulações anteriormente apresentadas pela OMS/ONU (2002), envelhecer é parte do ciclo de vida de cada indivíduo, cabendo a promoção de um envelhecimento saudável, mantendo a capacidade funcional, a independência e autonomia, como um desafio aos cuidados inerentes à Atenção Básica. Ao desenvolverem a prevenção primária, a prevenção de acidentes, o controle de fatores de risco para doenças crônico-degenerativas, o combate à violência, atuando do pré-natal ao idoso, a Atenção Básica exerce seu papel mais importante nesta rede. Na atenção à saúde, a Política reitera a necessidade de hierarquização dos cuidados, baseada nas demandas e necessidades identificadas através do diagnóstico de capacidade funcional e recursos sócio-familiares. Aponta para a interface entre a atenção básica e as redes de suporte social, visando à intervenção precoce e redução de incapacidades, propondo um instrumento ambulatorial de avaliação global do idoso.

Recentemente, o Governo preocupado com a questão da integração saúde-assistência social, lançou a Portaria Interministerial 1873/2007 (BRASIL, 2007) que institui o Grupo de Trabalho Interministerial (GIT) para a elaboração do Plano Nacional Integrado de Ações de Proteção à Pessoa Idosa, trabalho conjunto entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde.

As Políticas de Saúde voltadas ao envelhecimento também necessitam das Políticas de Educação. A necessidade do diálogo entre saúde e educação e da interação entre serviço e universidade remonta à Constituição (BRASIL, 1988), a qual estabelece no art. 200 que “ao SUS compete:... III – ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”. Tal premissa é reiterada pela Lei 8080 \_ Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990). A

necessidade de integração intersetorial também foi identificada pela PNI (1994). Aqui, esta integração está representada pelas Diretrizes Curriculares para o ensino médico.

A partir de demanda da Lei de Diretrizes e Bases (LDB, 1996), as carreiras da área de saúde organizaram-se para discutir diretrizes curriculares para vigorarem em todo território nacional. As Diretrizes Curriculares para a Educação Médica, homologadas pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2001, vêm normatizar questões como o modelo pedagógico centrado no estudante, o equilíbrio entre teoria e prática, a contraposição entre a inclusão de novas tecnologias e as demandas sociais, as mudanças epidemiológicas, o foco na promoção da saúde e prevenção de doenças num sistema de saúde hierarquizado.

As Diretrizes Curriculares trazem no seu cerne a valorização da prática no desenvolvimento de competência, desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes baseados na realidade do cotidiano da prática assistencial. Por competência, Perrenould (1999), enfatiza o sentido de mobilização do conhecimento, isto é, a competência estabilizada se dá quando existe uma mobilização dos conhecimentos a partir do acionamento de esquemas previamente constituídos e não a busca em um tatear reflexivo. A construção de disposições e esquemas permite mobilizar os conhecimentos na situação, no momento certo e com discernimento, possibilitando a inter-relação com conhecimentos prévios e os problemas já vividos. Assim, o treinamento prático e contextualizado permite um melhor desenvolvimento desta capacidade de mobilização do conhecimento.

A análise de Maranhão (2003) das diretrizes destaca a questão do desenvolvimento de competência como objetivo para a formação de profissionais aptos a lidar com questões atuais, dentro do SUS, permitindo, através da metodologia de *aprender a aprender*, capacitá-los para atuarem de forma integral, humana, em equipe, voltados para o atendimento aos indivíduos, famílias e comunidades.

As diretrizes trazem em seu texto mudanças muito significativas, inclusive no que se refere à atenção à saúde do idoso, por exemplo:

*Art. 3<sup>o</sup>* o ensino tem por objetivo habilitar um médico “capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”. Estas diretrizes são centrais para qualquer área de atuação profissional, e são particularmente importantes para a geriatria.

O Art. 4º dispõe sobre os conhecimentos necessários para o exercício de competências e habilidades gerais que incluem: ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação individual e coletiva, integração da prática com as várias instâncias do sistema de saúde, pensamento crítico, padrões de qualidade e ética nas ações que não se restringem ao ato técnico, mas a resolução dos problemas de saúde individuais e coletivos; tomada de decisão incluindo a avaliação criteriosa das tecnologias e procedimentos; habilidade de comunicação com outros profissionais e com o público; liderança dentro da equipe multiprofissional; gerenciamento e administração; e capacidade de aprendizado contínuo.

O Art. 5º objetiva competências e habilidades específicas: promover estilo de vida saudável conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade; comunicar-se adequadamente; informar e educar pacientes, familiares e comunidade na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; conhecer a natureza biopsicossocio-ambiental da prática em saúde; diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano *em todas as fases do ciclo biológico*; reconhecer as limitações de sua prática e encaminhar corretamente quando necessário; utilizar adequadamente recursos semióticos e terapêuticos (...) para atenção integral à saúde, no primeiro, segundo e terceiro níveis de atenção; reconhecer a saúde como direito e garantir a integralidade da atenção; atuar desde a promoção da saúde até o acompanhamento do processo de morte; atuar em equipe multiprofissional.

No Art. 6º lê-se: “Os conteúdos essenciais... devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina”. Isto contempla os determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais do processo saúde-doença, assim como uma visão de relação médico-paciente; o diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica em todas as fases do ciclo de vida; além da compreensão dos processos fisiológicos, incluindo o envelhecimento e a morte.

O processo de transição demográfica, vivido atualmente pelo país, emerge então como uma questão curricular relevante. O correto levantamento de dados e a inclusão das especificidades do envelhecimento e o conhecimento das demandas trazidas pela população idosa são fundamentais para seu desenvolvimento.

Como podemos observar, conhecimentos e habilidades vinculados à atenção ao idoso estão contemplados nas novas diretrizes, bastando lembrar que envelhecimento faz

parte do ciclo de vida. Sua ausência ou insignificância, na concepção do currículo, construído socialmente, faz-nos pensar sobre a restrita importância atribuída socialmente a esta parcela da população, e ao pouco entendimento do idoso como um importante ator social.

No cerne destas Políticas aparecem conceitos que são paradigmas para a construção de uma prática adequada de atenção à saúde do idoso. Porém é necessário se olhar para o conhecimento geriátrico e gerontológico que reforçam e organizam conceitos como capacidade funcional, fragilidade e sua identificação, rede de atenção, trabalho em equipe, prevenção e síndromes geriátricas que precisam ser incorporados e utilizados para direcionar o processo de trabalho com idosos.

#### **CAPÍTULO 4 - Contribuições da Geriatria e Gerontologia para a Atenção à Saúde do Idoso: Conceitos e Implicações para a Prática Assistencial**

A Gerontologia e a Geriatria, como campo e núcleo de saberes (CAMPOS, ) estabelecidos, trazem importantes contribuições que embasam as competências para atuar junto ao envelhecimento determinando conhecimentos, habilidades e atitudes que sustentam o desenvolvimento de uma capacitação adequada. Assim, será apresentada uma revisão da literatura especializada de modo a situar os desafios para a AB e para a ESF.

Uma perspectiva dialógica de competência profissional articula e integra atributos, resultados e o contexto (LIMA, 2004). Isto representa, na atenção ao idoso, “desconstruir” noções profundamente arraigadas e construir novas ferramentas na medida em que os novos desafios se materializam.

Um novo arcabouço conceitual que informa o desenvolvimento de competências para a atenção à saúde ao idoso deve incorporar ainda conceitos como o de vulnerabilidade, fragilidade, autonomia e dependência. A *vulnerabilidade*, no envelhecimento, caracteriza o desfecho de complexa interação de múltiplos pequenos riscos. Incorpora componente como pobreza, isolamento, fragilidade, ausência de filhos e orienta a identificação de idosos em situação de risco. A vulnerabilidade é fortemente influenciada pelo contexto conjuntural e estrutural, e os riscos são moldados segundo o gênero, etnia, estratificação social, padrão cultural, sistema político e de bem estar social (SCHÖDER-BUTTERFILL e MARIANTI, 2006). Também o entendimento do conceito de dependência, que traduz a dificuldade ou impossibilidade de executar tarefas cotidianas, e autonomia<sup>3</sup>, entendida como a faculdade de governar as próprias ações e a própria vida, tem implicações para a abordagem e o cuidado com os idosos. Dependência não se caracteriza por uma síndrome clínica ou enfermidade, mas define-se como consequência de uma seqüência de falhas na manutenção do equilíbrio bio-psicossocial. O conceito de fragilidade será detalhado posteriormente dado sua importância.

Outra questão importante para o desenvolvimento adequado de competências profissionais envolve a compreensão das peculiaridades do adoecimento nos idosos. Sintomas de doenças podem ser confundidos com transtornos normais do envelhecimento inclusive pelos próprios idosos, que banalizam queixas que podem representar riscos como, por exemplo, os déficits sensoriais e a presença de incontinência urinária. A

---

<sup>3</sup> Autonomia significa a faculdade humana de governar as próprias ações, a própria vida, e tem a ver com a vontade.

apresentação das doenças pode ser mascarada ou subaguda, e frequentemente não apresenta sinais clássicos. É comum o predomínio e a superposição de enfermidades crônicas associadas a complicadores de ordem sócio-econômica. Sintomas inespecíficos decorrentes do tratamento ao que o idoso está submetido podem ser abordados como um novo problema, o que aumenta o risco de iatrogenia.

Outra peculiaridade do adoecimento em idosos são as chamadas Síndromes Geriátricas. Este é um conceito central em geriatria, correspondendo à denominação dada a condições clínicas com alta prevalência nesta população, principalmente em idosos frágeis, que afetam a qualidade de vida, causando grande incapacidade. Segundo Inouye e cols (2007) a síndrome geriátrica refere-se a condições de saúde multifatoriais, onde interagem diversas vias patogênicas, com resultante manifestação clínica única<sup>4</sup>. Seu modelo conceitual demonstra que muitas destas síndromes, como por exemplo, incontinência, quedas, úlceras de pressão e delirium dividem fatores de risco comuns como idade avançada, declínio cognitivo e funcional de base, mobilidade prejudicada. Estas síndromes conduzem o indivíduo à fragilidade, sendo esta também considerada síndrome geriátrica, e que retroalimenta as demais. Este mecanismo de auto-sustentação leva ao desenvolvimento de incapacidade, dependência e morte. Assim, dada a sua alta prevalência e risco de fragilização e vulnerabilidade inerentes, a identificação da presença de síndromes geriátricas e o planejamento terapêutico<sup>5</sup> longitudinal adequado têm importância central para a atenção à esta população.

A prática em saúde, esta perspectiva de atenção integral ao idoso, implica em avaliações e mensurações baseadas em conhecimentos oriundos da Geriatria e Gerontologia. Avaliação Geriátrica se caracteriza por ser uma avaliação geral do estado de saúde do idoso abordando aspectos mais holísticos que a avaliação médica habitual. Ela tem por objetivos a avaliação da situação do indivíduo, em um diagnóstico integral, com o objetivo de descobrir problemas tratáveis não diagnosticados, instituir um plano terapêutico, situar o paciente no nível assistencial adequado, acompanhar a evolução do idoso. Alba, Cantera e Moya (2003) apontam como vantagens para o uso desta tecnologia a redução da mortalidade, a melhora da capacidade funcional, melhora do estado mental, a redução da necessidade de hospitalização e de reinternação, do uso de medicamentos, da

---

<sup>4</sup> O conceito de síndrome, como definido em medicina, refere-se a um conjunto de sinais e sintomas derivados de um processo patogênico de etiologia desconhecida. Já doença se refere apresentação de sintomas conhecidos que têm etiologia e patogênese também conhecidas (INOUYE, 2007). Pode-se observar que a síndrome geriátrica tem arcabouço conceitual distinto.

<sup>5</sup> Plano terapêutico: refere-se ao planejamento proposto para o cuidado daquele usuário segundo questões identificadas nos âmbitos físico, mental, social, meio, econômico.

institucionalização, e da possibilidade de reorganização do uso dos serviços comunitários. Os autores corroboram sua importância para o sistema de saúde já exposta pelo seu caráter ordenatório.

Tratando-se de ordenar o processo de assistência ao idoso é necessário pensar inicialmente na especificidade da avaliação multidimensional que este requer. Trata-se da AGA (Avaliação Geriátrica Ampla), que é um instrumento que objetiva avaliar o idoso numa perspectiva bio-psicossocial, quantificar os problemas, identificar necessidades e os recursos disponíveis e traçar um plano de cuidados. Ela inclui componentes *biomédicos* (diagnósticos novos e antigos, dados nutricionais, medicações em uso, função sensorial), *psicológicos* (função cognitiva e emocional), *sociais* (situação conjugal, disponibilidade e aceitação de ajuda, relação com os vizinhos, suporte social, moradia, renda, acesso a serviços) e *funcionais* (avaliação da mobilidade e aplicação de indicadores AVDs, AIVDs). Ela permite, por exemplo, identificar o risco de fragilidade, o equilíbrio bio-psicossocial precário ou instável, a ameaça à autonomia e independência, aumentando o risco de institucionalização. A AGA requer o trabalho conjunto de um núcleo de profissionais considerado central na equipe geriátrica: médico, enfermeiro e assistente social, o qual poderá ser estendido de acordo com a demanda do usuário, a fim de discutir um plano terapêutico (SORIANO, 2007). É necessário o desenvolvimento de competências específicas e complexas que, além de tudo, demandam mais de uma entrevista com os diversos profissionais, com o usuário idoso e muitas vezes com a família e cuidador, sendo uma atividade característica de um nível especializado de atenção.

Fleming e cols (1995), para a Atenção Básica (AB), preconizam uma Avaliação Funcional que inclui medidas práticas e simples das funções físicas e psicossociais. O aperfeiçoamento de um processo de avaliação que permita identificar déficits significativos, sem utilizar instrumentos de mensuração mais complexos, é um desafio para a prática na AB. Porém, mais do que simplesmente aplicar um instrumento é preciso saber como fazer e o que fazer com as respostas obtidas, além de ser fundamental a disponibilidade de recursos, para que a avaliação tenha uma função resolutiva.

Esta Avaliação Funcional proposta por Fleming e cols (1995) compreende as AVD<sup>6</sup> e AIVD<sup>7</sup>, mobilidade através de testes como o *Get up and Go*<sup>8</sup> e mobilidade de ombros e

---

<sup>6</sup> Atividade de vida diária (AVD)\_ corresponde às atividades cotidianas vinculadas ao auto-cuidado como se banhar, vestir-se, comer, transferir-se, continência esfincteriana, higiene pessoal.

<sup>7</sup> Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs): correspondem a atividades necessárias para sua vida em comunidade: se deslocar em distâncias, fazer compras, preparar comida, usar dinheiro, tomar remédio, usar telefone.

mãos, função cognitiva, visão, audição, continência, estado nutricional (IMC<sup>9</sup>), humor, alcoolismo. Esta é uma proposta de identificação de problemas submersos que está preconizada pelos Cadernos de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde do Idoso (BRASIL, 2006). Como será apresentada posteriormente, esta publicação do Ministério da Saúde destina-se a orientar as ações dos profissionais da AB.

Cabe aqui expor a experiência prática de um serviço de geriatria, pertencente à Universidade Aberta da Terceira Idade / Universidade do Estado do Rio de Janeiro. O Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) se apropriou desta tecnologia descrita por Fleming e cols (1995) para trabalhar a identificação rápida de risco no seu processo de acolhimento ambulatorial, tendo executado esta metodologia nos últimos 10 anos. Este trabalho é executado por dois profissionais da equipe prioritariamente das áreas de medicina, enfermagem e serviço social. Os usuários considerados de risco, frágeis, portadores de síndromes geriátricas que se adequam aos critérios de porta de entrada são encaminhados para a Avaliação Geriátrica Multidimensional ou Ampla. Os usuários não inseridos têm suas demandas identificadas e encaminhadas. Na prática deste serviço, este processo de avaliação, identificação e orientação levam cerca de 40 minutos, em idosos menos comprometidos, podendo chegar a mais tempo nos casos mais complicados. A questão “tempo” é importante, pois traz desdobramentos que serão discutidos posteriormente com base nesta pesquisa.

Fried (2004) buscou identificar como os geriatras categorizavam os idosos como frágeis na prática. Foram apontadas as seguintes manifestações: fraqueza generalizada, baixa resistência, perda de peso ou má nutrição, baixa atividade mesmo em casa, medo de cair ou marcha instável. Doenças individuais ou incapacidades não eram suficientes para esta caracterização, sendo concluído que fragilidade é uma entidade reconhecida pelos médicos, com múltiplas possíveis manifestações, não havendo nenhuma única por si só suficiente ou essencial para caracterizar sua apresentação. Esta categorização se dá em bases empíricas sem um processo de quantificação que permita uma hierarquização ou acompanhamento da evolução.

Vários autores têm estudado a definição de fragilidade e como utilizar suas manifestações de forma a se criar um critério de *screening* para ser utilizado na prática

---

<sup>8</sup> Get up and Go: teste para avaliação de mobilidade que prevê o indivíduo sentado levantar andar por 3 metros, voltar e sentar novamente. Este processo é cronometrado, havendo relação entre o tempo de execução e a dificuldade em executar as AVDs.

<sup>9</sup> Índice de Massa Corpórea (IMC: peso/altura<sup>2</sup>)

clínica, que sejam simples, práticos e de fácil execução (VAN IERSEL, 2006; JONES, 2004).

Avlund (2002,2003) estudando a identificação precoce de indivíduos frágeis, aponta que a maioria das medidas preventivas para incapacidade se dá na prevenção secundária e terciária, em indivíduos já incapacitados, objetivando a recuperação ou prevenção de declínio posterior. A prevenção primária em indivíduos sem incapacidade é um desafio na atenção em geriatria, tanto para sua abordagem como principalmente para sua identificação precoce. Esta busca deve se dar na atenção básica utilizando informações fornecidas na prática cotidiana. O autor estudou a autopercepção de cansaço nas AVD após os 75 anos, encontrando que este dado, por exemplo, é fortemente relacionado ao desenvolvimento de dependência nas AVD em cinco anos quando ajustado para comorbidades, fatores socioeconômicos, psicossociais e comportamentais. É um forte determinante de hospitalização, necessidade de ajuda domiciliar e mortalidade. Cansaço nas atividades cotidianas é um importante fator indicativo para o início de incapacidade motora e deve ser pesquisado, a fim de se identificar indivíduos não incapacitados com alto risco de declínio funcional. As intervenções propostas para estes indivíduos incluem a investigação das causas subjacentes, o tratamento destas, a reabilitação precoce e prática de educação em saúde.

Para Fried (2001, 2004) esta é uma síndrome clínica na qual se observa três ou mais dos seguintes critérios: perda de peso ( $\geq 5\%$  peso no último ano), exaustão (sensação de cansaço todo o tempo), baixo gasto de energia (incapacidade de andar ou necessidade de ajuda), alentecimento (Timed Get up and Go  $>19$  seg), fraqueza (força anormal no exame físico). Neste estudo, questões como ter baixa educação e renda, saúde precária, alta prevalência de comorbidades crônicas e incapacidade foram relacionadas à presença de fragilidade.

Jones (2004) e Rockwood (2005) explicitam que critérios utilizados em cenários diversos podem ser distintos, e que devem ser de fácil aplicação principalmente para na atenção básica. A construção de um índice baseado na Avaliação Geriátrica seria interessante. Jones (2004) propôs um indicador que avalia 10 domínios: cognição, humor e motivação, comunicação visual, auditiva e de linguagem, mobilidade e equilíbrio, função intestinal e vesical, necessidade de ajuda ou dependência nas AVD e AIVD, nutrição, recursos sociais existentes. Alba e cols (2003) citam para a identificação de idoso de risco na comunidade um questionário com nove itens que considera como risco pelo menos um destes itens positivo: viver sozinho, não identificar alguém para ajudá-lo, não se alimentar

com comida quente nos últimos dois dias, necessitar de ajuda a maior parte do tempo, a saúde o impedir de sair de casa, ter problemas de saúde que frequentemente o impede de ser independente, ter dificuldade visual, ter dificuldade auditiva que o impede a manter conversação, ter estado hospitalizado no último ano.

Para Rockwood (2005) a complexidade envolvida no conceito de fragilidade traz para sua identificação o desafio de como resumir esta complexidade de interação de múltiplos fatores como variáveis. Em 2007 este autor comparando os critérios propostos por Fried (2004) e, o Índice de Fragilidade (<http://myweb.dal.ca/amitnits/CSHAclinical-variables.jpg>), composto por 70 itens, que considera fragilidade uma relação ao acúmulo de déficits, sendo contabilizado como número de achados positivos em 70, e que inclui itens que variam desde dificuldades nas AVDs e AIVDs, doenças clínicas, a achados de história e exame físico, mostrou que há uma convergência nos resultados, porém com uma divergência conceitual.

Saliba (2001), preocupado em identificar idosos vulneráveis na comunidade, criou um escore que considera idade, auto-avaliação de saúde, limitação na função física e incapacidade funcional. Várias análises apontam para a idade, função, comportamento saudável, recursos financeiros, e/ou doenças como os principais preditores de declínio funcional. Nesta escala, um escore maior ou igual a três é dito vulnerável, tendo 4,2 vezes mais chance de morrer ou ter declínio funcional em dois anos.

#### *A fragilidade e a identificação de seu risco*

O idoso frágil representa um grande desafio para os médicos e sistemas de saúde. Fragilidade, como conceito central em geriatria e uma das síndromes geriátricas, é considerada preditora de eventos adversos. As intervenções propostas para os idosos frágeis se voltam para a prevenção e retardo de suas conseqüências e indicam a eficiência de um serviço de atenção ao idoso. (VAN IERSEL, 2006)

Idosos frágeis são os que mais se utilizam do sistema de saúde e mais necessitam de suporte formal ou informal (FRIED e WALSTON, 2003). Estas são as razões para a importância desta síndrome na atenção ao idoso e a razão pela qual esta deve ser considerada ao se planejar a assistência a população idosa. Devido ao aumento populacional, principalmente dos indivíduos acima de 85 anos, o cuidado desta população torna-se um desafio para a saúde pública, já que o envelhecimento é um fator de risco associado à fragilidade. A medicina geriátrica se baseia na identificação destes indivíduos de forma a poder se estabelecer o melhor custo-benefício nas intervenções propostas, não

havendo ainda consenso entre os autores sobre a melhor forma de trabalhar com este conceito dentro do processo de trabalho nos diferentes níveis de atenção.

A definição de fragilidade, apontada por Fried e Walston (2003), se expressa como um estado de vulnerabilidade fisiológica relacionada à idade, decorrente do comprometimento da reserva homeostática e da redução da capacidade do organismo em lidar com o stress. Ferrucci e cols (2004) definem fragilidade física pela presença de: mobilidade, equilíbrio, força muscular, processamento motor, cognição, nutrição, sensação de fadiga, atividade física.

Este conceito não deve ser confundido com comorbidade e incapacidade (FRIED, 2004). Tanto comorbidade como fragilidade são fatores de risco independentes para incapacidade. A comorbidade pode ser a agregação de doenças clínicas manifestas e a fragilidade a agregação de perdas subclínicas de reservas através de múltiplos sistemas fisiológicos. Apesar de serem três conceitos distintos, estes se superpõem e se inter-relacionam.

Por incapacidade entende-se a dificuldade ou necessidade de ajuda em atividades essenciais do cotidiano. Existe um fenômeno social associado além da entidade médica. A incapacidade física é uma consequência de doenças e alterações advindas do envelhecimento, sendo o impacto destas alterado por fatores sociais, econômicos, comportamentais, assim como o acesso à atenção à saúde.

A visão médica tradicional considera “incapacidade” um problema individual, que pode ser decorrência de doença e que requer habitualmente tratamento clínico. Nessa vertente, seu manejo implica alcançar a cura ou garantir adaptação do indivíduo à incapacidade em questão. Para a International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO, 2001), no entanto, o conceito evoluiu para conceber a incapacidade como socialmente construída, ou seja, decorre da possibilidade de integração do indivíduo nela. Uma mesma doença pode ter como consequência graus diferentes de incapacidade dependendo da disponibilidade de recursos de reabilitação e suporte social adequado, bem como da possibilidade de adaptação ambiental. Um bom exemplo é a circulação de pessoas em cadeiras de rodas. Adaptações urbanas permitem ao indivíduo locomover-se de forma independente e sua incapacidade adquire um significado substancialmente diferente.

#### *A incapacidade X fragilidade*

A incorporação desta perspectiva acerca das incapacidades e seu manejo na prática profissional engendram reflexão e ação político-institucional que extrapola a atenção

individual. Além disso, o processo de envelhecimento é determinado pelo curso de vida do indivíduo. Se o envelhecimento é acompanhado de perdas ou limitações que podem se transformar em incapacidades, sua qualidade depende do meio em que o indivíduo vive e envelhece. Assim, ações para reduzir a perda de capacidade funcional são estratégicas e envolvem a formulação de políticas públicas intersetoriais (MEDEIROS e DINIZ, 2004). Tais políticas, no entanto, devem abranger todas as faixas etárias, e não só os acima de 60 anos, a fim de garantir sua integralidade.

A incapacidade se relaciona à baixa condição socioeconômica, idade, gênero e auto-avaliação de sua saúde (GRUNDY e GLASER, 2000). Em estudo sobre a influência do nível sócio-econômico e das condições da saúde nas populações com mais de 65 anos, utilizando dados da PNAD 1998 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) no Brasil (LIMA-COSTA e cols, 2003), foi confirmada uma associação entre menor renda *per capita* domiciliar e pior condição de saúde, pior função física e menor uso de serviço de saúde. Os idosos com menos renda relataram pior percepção de sua saúde, tiveram perda de capacidade funcional por problemas de saúde ou estiveram acamados, além de terem maior dificuldade em realizar atividades físicas. O acesso ao sistema de saúde também foi pior nos idosos mais pobres, mesmo quando a cobertura é adequada.

Em outro estudo, também baseado na PNAD 1998, Lima-Costa e cols (2003) utilizaram indicadores de condições de saúde, capacidade funcional e uso de serviços. Os indicadores da condição de saúde foram quatro: percepção da própria saúde; interrupção de atividades rotineiras por problemas de saúde nas últimas duas semanas; ter estado acamado nas duas últimas semanas; relato de doenças crônicas. Para capacidade funcional foram utilizados: alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro; abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se; caminhar mais de 1 km. O terceiro indicador foi o uso de serviços e filiação a planos privados. Os autores concluíram que a renda e idade tiveram significativa influência, corroborando os achados anteriores. As competências para a avaliação da capacidade funcional e a identificação de seus indicadores são objetos importantes na avaliação de idosos na comunidade. Também estes estudos mostraram a importância da ESF como porta de entrada do sistema, minorando a dificuldade de acesso desta população.

Por comorbidade entende-se a presença concorrente de duas ou mais doenças no mesmo indivíduo. Sabemos que a presença de comorbidades aumenta com a idade devido à maior prevalência de doenças crônicas, e que existem associações particulares de doenças crônicas que são sinérgicas no aumento do risco de incapacidade, como as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares e as neurodegenerativas.

Estes conceitos apontam para necessidades específicas no cuidado, na complexidade e coordenação entre os múltiplos serviços e fontes de recursos necessários. Para Fried (2004) o cuidado de múltiplas comorbidades revela questões importantes para a organização da assistência, já que o foco especializado em uma única doença acarreta uma atenção inadequada. Existe uma complexidade intrínseca no tratamento simultâneo de várias doenças devido à possibilidade da interação entre elas causar desfechos adversos, da incompatibilidade entre os tratamentos, da necessidade de priorização e do risco de polifarmácia.

A abordagem da incapacidade tem o foco na reabilitação, a fim de reduzir a perda funcional, manter a função ou prevenir o declínio, minimizando o risco de isolamento social, dependência e mortalidade, assim como reduzindo a hospitalização, o uso de serviço de saúde ou asilamento. Para isto é necessário se potencializar tanto a prevenção primária quanto a secundária e terciária.

Já para a abordagem da fragilidade é necessária a preocupação com a identificação de possíveis situações estressoras (internações, intercorrências clínicas...) já que estas estão implicadas na deflagração do processo, no tratamento de condições subjacentes como fraqueza e desnutrição, na redução do risco de queda, incapacidade, hospitalização e mortalidade, assim como no trabalho de reabilitação.

O trabalho preventivo, tanto da incapacidade, das comorbidades, como da fragilidade, está no centro de uma abordagem terapêutica que otimize o envelhecimento saudável (FRIED, 2004). Esta prevenção se dá em todos os níveis, sendo o primário fundamental pela possibilidade de mudança de desfecho. Esta é parte da ação prevista para a atenção básica, particularmente no Brasil, tendo a Estratégia de Saúde da Família papel fundamental na garantia desta ação.

As estratégias de prevenção na ESF são definidas como o *screening* de pessoas com risco de perda funcional e, sua reabilitação com ações específicas, assim como a prevenção de fatores de risco para doenças crônicas, objetivando a estratégia de intervenção no desenvolvimento das comorbidades. A questão é como identificar estes indivíduos em risco dentro da prática da ESF, utilizando instrumentos adequados, cujas informações revertam para o plano terapêutico individual e para a identificação de problemas da comunidade, de forma a assegurar um planejamento adequado da atenção.

A fragilidade é uma condição reconhecida pelos geriatras nos seus pacientes. Porém, seu diagnóstico, como já colocado, é ainda subjetivo, não se dispendo de critérios clínicos viáveis para sua identificação na prática cotidiana de fácil execução ou uma

abordagem terapêutica específica. Conhecer os mecanismos da fragilidade permite transportar este conhecimento para a prevenção e tratamento. Hoje, a fragilidade não é mais vista como uma consequência do envelhecimento, mas uma condição que deve ser evitada ou postergada, para isto é importante se pesquisar e (re)conhecer os processos biológicos envolvidos (WILSON,2004).

A organização e hierarquização da necessidade de cuidado, incluindo as ações preventivas e de abordagem terapêutica, estão baseadas nesta identificação de risco, colocando esta questão no centro da discussão da atenção ao idoso. A criação ou validação e a padronização de um critério para ser utilizado na Atenção Básica, ainda necessita de estudos na população brasileira, dada a importância de especificidades como questões sócio-econômicas, educacionais, de acesso à saúde na determinação da perda de capacidade funcional. A identificação deste critério de fácil e rápida execução, que possa ser realizado pela Atenção Básica, principalmente pela Estratégia de Saúde da Família, de forma a ser exequível no seu processo de trabalho e que permita a organização do cuidado está no centro da Atenção ao Idoso.

#### *A rede de atenção ao idoso*

A integração dos serviços na atenção ao idoso é considerada fundamental na organização da rede, pois, a fragmentação do cuidado é o tendão de Aquiles de um sistema para pessoas com necessidades complexas (BOULT, 1998).

É consenso entre os autores que o envelhecimento populacional implica na necessidade de mudança do modelo assistencial. A maior proporção de usuários idosos cria uma maior utilização dos serviços de saúde, maior número de problemas de longa duração, os quais são mais caros e demandam tecnologia complexa, acarretando a necessidade de novos modelos e métodos de planejamento, gerência e prestação de cuidados (FLORES, 2004; VERAS, 2003; MAZZAGLIA, 2007). A falta de organização da rede de serviços, o retardo na terapêutica correta levando à perda de capacidade funcional, a falta de protocolos de intervenção preventiva, a falta de profissionais com treinamento específico levando a um custo assistencial maior, sem que isto represente melhores práticas (BOULT, 1994 e 2001).

A organização e integração da rede de atenção ao idoso são centrais para a melhoria da qualidade da atenção ao envelhecimento no Brasil. A PNSPI (BRASIL, 2006) aponta

para esta questão e disponibiliza alguns instrumentos como a Caderneta do Idoso e o Caderno de Atenção Básica com o objetivo de padronizar as ações. Ambos se preocupam com a identificação do idoso frágil na comunidade e com a educação continuada dos profissionais de saúde como veremos mais à frente. Porém, não está definido um critério padronizado, nem como estas ações serão incorporadas às práticas das equipes da ESF, quem será o responsável pela identificação e como se dará a integração entre os diversos níveis de atenção. Como já dito anteriormente, os instrumentos variam de acordo com seu objetivo, local e treinamento dos profissionais que o utilizarão. É muito importante que esta organização de cuidado e identificação de risco seja trabalhada a partir do processo de trabalho nos diversos cenários de prática, principalmente por que a ESF tem como objeto de preocupação todas as famílias adscritas e não somente os idosos.

Ainda é objeto de pesquisas em vários países e sistemas de saúde, a melhor organização da rede de serviços de atenção ao idoso, assim como o melhor instrumento de detecção, pois estes têm que serem adequados para a realidade local. Para Piccini e cols (2006) o Brasil tem buscado modelos em sintonia com experiências de outros países como: o compartilhamento de informações entre profissionais de setores distintos (Itália), padronização de protocolos e prontuários (Alemanha e Dinamarca), abordagem multidisciplinar (Inglaterra e Itália) e sistema único de referência para o cuidado com vínculo com as instâncias executoras (Holanda, Inglaterra).

Várias pesquisas com sistemas de saúde organizados de forma distinta têm sido desenvolvidas, no sentido de identificar o papel dos profissionais de atenção básica e o da geriatria dentro do cuidado longitudinal e em consonância com as especificidades de cada sistema e população. É certo que a Atenção Básica deve ser a principal porta de entrada para o sistema, tendo papel fundamental neste cuidado e na prevenção e promoção de um envelhecimento saudável. A questão ainda não clara é de como organizar o nosso sistema, interligando os serviços num sistema coordenado e longitudinal, que traz dentro de si os princípios do SUS.

Boult (2001) comparou os efeitos de uma atenção especial aos idosos de risco com a prática habitual. Para isto foi utilizado um questionário de 8 perguntas de identificação de risco seguindo um modelo logístico de regressão (PRA- *probability of repeated admission*): idade, sexo, disponibilidade cuidador, auto-percepção de saúde, doença cardíaca, diabetes mellitus, pernoite hospitalar e consultas médicas no último ano (BOULT, 1994). Os indivíduos com score maior de 0,4 eram submetidos a entrevista de avaliação e era feita proposta de intervenção conjunta com o profissional de atenção

básica. O trabalho mostrou melhora na manutenção da capacidade funcional, porém sem grandes influências no custo. Este modelo de identificação de risco é simples, porém necessita de uma análise informatizada. O uso desta escala para a realidade de trabalho da ESF precisa de adaptação. Ela utiliza a questão sobre como número de consultas médicas no último ano. Esta pergunta seria ineficaz em um dos municípios estudados porque a maioria dos idosos necessita de ir à UBS para consulta, a fim de buscar a medicação dos programas de hipertensão e diabetes a cada dois meses. Isto invalida a importância deste item como indicador de risco. Daí a importância da adaptação ao processo de trabalho utilizado.

Mazzaglia (2007) trabalhou em um projeto para desenvolver e validar instrumento de identificação de risco de mortalidade e hospitalização baseado em informações disponíveis aos profissionais da Atenção Primária. Segundo este autor, é importante mudar-se o processo de trabalho na assistência, evoluindo de intervenções episódicas em situações agudas, realizadas de forma fragmentada, para uma intervenção integrada, multidisciplinar voltada para as doenças crônicas, onde a continuidade é central no processo. Foi utilizado um critério que inclui a completa incapacidade ou necessidade de ajuda nas AVD e AIVD, a presença de déficit visual (incapacidade em ler o cabeçalho do jornal), a presença de déficit auditivo (incapacidade em manter uma conversação), a perda de peso recente não intencional (3 kg no último ano), o uso de serviços domiciliares como assistência pessoal, a inadequação de recursos econômicos, o número de medicações prescritas e hospitalizações nos últimos seis meses.

A relação da equipe de SF com sua população adscrita permite que esta identificação seja facilitada, assim como o conhecimento dos recursos do sistema disponíveis naquela comunidade, apontando os indivíduos que se beneficiariam de cuidado progressivo e coordenado por geriatras, minimizando, assim, o risco de hospitalizações desnecessárias, morte prematura e incapacidade. Também, por outro lado, é possível identificar os idosos que não estão em risco e que devem ser abordados dentro de uma outra perspectiva, a de manutenção e integração social. Os idosos que se beneficiam de uma abordagem especializada são os que estão em risco ou apresentam fragilidade, porém, com possibilidade de reabilitação. Existe uma discussão sobre a eficácia e resolutividade em abordar de forma especializada indivíduos muito frágeis, já que não estes não teriam esta possibilidade.

A Atenção Geriátrica é definida como um conjunto de níveis assistenciais, que incluindo hospitalares e extra-hospitalares, sanitários e sociais, se destinam a prestar

atenção interdisciplinar, integrada, integral, especializada a pessoas idosas dentro de um processo de trabalho regionalizado (ALBA, 2003). Ela deve abranger as esferas clínica, funcional, mental e social, ser integrada à rede assistencial, objetivar a permanência do idoso no seu meio com qualidade de vida, ser capaz de prevenir a incapacidade e dependência precoce, ser progressiva e continuada, coordenada e setORIZADA. Esta se baseia na atenção primária, atenção especializada e nos serviços sociais. O tipo de cuidado necessário ou serviço é determinado pelo tipo de doença, se aguda ou crônica, pelo objetivo do plano terapêutico, pela avaliação funcional e pelo suporte social existente. Estes serviços abrangem desde serviços prestados pela comunidade, serviços domiciliares e institucionais e incluem desde monitorização de idosos em seus domicílios, serviços para casa não especializados, transporte, programa nutricional, centros de convivência, centros-dia, casas-lares, acompanhamento domiciliar, unidades de internação de agudos, unidades de internação de média permanência (voltada para reabilitação), unidade de longa permanência (cuidados clínicos e de enfermagem contínuos com poucas possibilidades de reabilitação) e cuidados paliativos. Na literatura existem distintas propostas, de intervenção e organização, baseadas na realidade dos sistemas de saúde em cada local. Como organizar o nosso sistema, dentro da nossa realidade e disponibilidade de recursos é que representa o desafio e dá a base de instrução dos conhecimentos necessários para os profissionais atuarem nos diversos níveis.

Rubeinstein (2007) aponta que o idoso saudável deve ser avaliado anualmente para identificação de risco e medidas preventivas na AB. O frágil, aquele maior de 85 anos, agudamente doente ou em risco de institucionalização deve ser avaliado de forma específica. Para isto é necessário um processo sistemático de identificação de risco na população idosa de forma preventiva. Existem vários modelos com largo espectro de ações, desde a avaliação na AB por profissionais de saúde até o uso de unidade especializada. O resultado de melhora diagnóstica, funcional, risco ambiental, afeto e cognição, uso apropriado de medicações, redução de internações e asilamento ou mortalidade depende do programa e da população.

No trabalho de Rubeinstein (2007) foi utilizado um questionário de 10 itens composto pelos itens queda e desequilíbrio, incontinência urinária, depressão, perda memória, perda funcional, presença de dor, perda peso, polifarmácia, avaliação subjetiva da saúde, sendo incluídos os idosos como de risco os que perfaziam quatro ou mais itens positivos. Após a avaliação foi criado um plano de cuidado, sendo este discutido com o médico da AB, que se responsabilizava pelo acompanhamento. No primeiro ano, 83%

foram identificados como tendo necessidades geriátricas não reconhecidas ou subtratadas relacionadas às cinco condições geriátricas avaliadas, 75% foram referenciados para avaliação geriátrica, 20 a 25% para avaliação psiquiátrica, reabilitação ou outros, 10 a 15% foram referenciados para AB ou audiologia, serviço social. Em três anos, apesar da melhor acurácia diagnóstica, não houve melhora da capacidade funcional ou da redução da hospitalização. O autor relacionou a diferença de opinião entre a geriatria e o médico da AB no resultado encontrado, assim como a limitação dos serviços de reabilitação disponíveis. Pode-se aí deduzir que não é só identificar, mas o cerne da questão é como as ações poderão ser implementadas, onde a existência da rede de atenção e a compreensão do processo aparecem com toda sua implicação e capacidade de determinação dos resultados.

Counsel (2006) propôs modelo para a AB e idosos com baixo recursos econômico de forma a melhorar a qualidade do cuidado geriátrico, otimizar saúde física e funcional, reduzir a utilização de recursos do sistema e prevenir a institucionalização, já que maioria dos idosos recebem cuidado na atenção básica, e, este cuidado muitas vezes não é feito de forma ideal, isto é, não são realizados ou orientados cuidados preventivos, manejo de doenças crônicas e síndromes geriátricas. Os idosos de baixa renda representam um grupo complexo, de alto custo, por associarem condições socioeconômicas, baixa capacidade física, além das doenças crônicas. O autor coloca que modelos baseados em uma única doença, populações muito selecionadas ou um único local de atenção, com pobre integração entre os níveis, não é capaz de dar conta. A avaliação domiciliar preventiva, o cuidado integrado entre assistência social e médica como organizador do plano de abordagem mostraram retardar o início da incapacidade e reduzir a institucionalização. Este modelo pressupõe a existência de uma equipe multiprofissional para análise da avaliação do indivíduo, estruturação do plano terapêutico e acompanhamento integrado à AB.

Hérbert e cols (2005), no Canadá, também propuseram um modelo integrado de assistência para idosos frágeis baseado na continuidade dos cuidados para estes indivíduos. Eles definem como continuidade a passagem organizada e coordenada dos indivíduos através dos diferentes sistemas e serviços de cuidado. O modelo foi criado como uma resposta aos problemas de entradas múltiplas no sistema, não adaptação dos serviços às necessidades dos usuários, avaliações realizadas por múltiplos instrumentos, uso inapropriado dos recursos, longo tempo de espera para o atendimento, transmissão de informações inadequada e resposta parcial às necessidades dos indivíduos. “*Em situação*

*onde os recursos são escassos e a demanda crescente é essencial garantir que os serviços dêem conta das necessidades dos indivíduos sem superposição e da forma mais eficiente”* (HÉRBERT, 2005, pág 8).

Este modelo se organiza a partir de três princípios: a ligação, que é feita a partir do sistema, seguindo-se protocolos de colaboração entre os diversos serviços e instâncias; a coordenação, onde há o desenvolvimento de estruturas e mecanismos para lidar com as necessidades complexas e mutantes destes indivíduos; e a integração entre os diversos serviços. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: ter mais de 65 anos, moderada ou severa incapacidade, necessitar de dois ou mais serviços de saúde ou sociais. O modelo se caracteriza por entrada única, plano de serviço individualizado, instrumento único de avaliação e sistema de informação permanente, e coordenação centralizada que organiza os múltiplos serviços incluindo a AB que desempenha fundamental papel nesta rede. Na primeira avaliação foi utilizado questionário contendo perguntas sobre: idade (maior de 85 anos), gênero (masculino), a existência de algum problema de saúde que o obriga a limitar as atividades, a necessidade regular de ajuda de outra pessoa, a existência de algum problema que requer a permanência em casa, a existência de alguém para ajudar no caso de necessidade, o uso regular de cadeira de rodas, bengala para a identificação de risco em idosos na comunidade. Os indivíduos com três itens ou mais positivos são encaminhados para avaliação, sendo submetidos a um instrumento conhecido como SMAF (sistema de medida de autonomia funcional). Este traz um arcabouço conceitual distinto das demais avaliações funcionais, pois cria uma correlação entre a autonomia funcional e as intervenções necessárias.

A SES/MG, atenta ao desafio do envelhecimento populacional para a atenção à saúde, lançou em 2006 um guia que procura organizar a rede de atenção ao idoso naquele Estado, com lógica semelhante a proposta por Herbert (2005), informando as competências para a Atenção Básica. Esta rede idealizada se baseia na utilização racional dos serviços já existentes com uma melhor interlocução entre estes, o estabelecimento de níveis de atenção organizados e hierarquizados como a Atenção Primária à Saúde, Atendimento Domiciliar Terapêutico, Internação Hospitalar, Hospital-dia, Assistência ambulatorial especializada, Centros de Referência em Atenção ao Idoso, Unidades de Cuidados Paliativos, Instituição de Longa Permanência, Abrigos, centros-dia, Centros de Convivência, estabelecendo critérios de elegibilidade, referência e contra-referência entre os diversos níveis. Na rede é criado um Núcleo Regional de Atenção ao Idoso, com atendimento especializado, micro regional ou municipal, e, um Centro de Referência em

Atenção ao Idoso de caráter macro regional. O fluxograma proposto orienta que os idosos são identificados como tendo risco habitual ou risco alto, havendo para cada grupo ações distintas, com planos terapêuticos individualizados. Esta rede se propõe a garantir o acesso dos idosos, a longitudinalidade e integralidade da atenção, baseando-se em uma coordenação de práticas, onde a Atenção Básica não só atua na porta de entrada como na implementação e acompanhamento dos planos terapêuticos desenhados em conjunto com os demais níveis. É proposto um prontuário do idoso para a Atenção Primária, o uso de indicadores e protocolos de avaliação, incluindo exames laboratoriais necessários para o diagnóstico e acompanhamento das situações de risco e prevenção.

Esta é uma proposta que tenta organizar a atenção utilizando as mesmas premissas colocadas pelas Políticas existentes, porém, com um avanço maior na montagem das relações entre os diversos serviços necessários, indicando a identificação do risco de fragilidade como eixo que orienta as ações. Apesar de um avanço nesta discussão, ainda na prática, não se estabeleceu como este processo de trabalho irá ser absorvido pela ESF e pelo sistema de saúde. A não existência de serviços, como os descritos, na rede de saúde e assistência social, coloca a Atenção Primária isolada, sem apoio na retaguarda para dar conta das especificidades da atenção ao idoso. Além da fraca capacitação dos profissionais de saúde nesta área, não fica clara como será operacionalizada a identificação de risco, quem será o responsável por sua execução, o que importa diretamente em como se vai capacitar os profissionais para atuarem de forma eficaz.

Pode-se observar que este é um desafio muito grande, que necessita de vontade e de trabalho intersectorial e conjunto entre as diversas esferas de governo. A falta da rede organizada, de um instrumento de identificação de fragilidade e, mais do que isto, de qual protocolo assistencial utilizar, fica como um empecilho para o desenvolvimento de uma prática eficaz. A falta de suporte para as ações de acompanhamento, prevenção e reabilitação, devido à fragmentação da rede, impede a identificação do exato papel a ser cumprido pela AB, em especial pela Estratégia Saúde da Família. Esta ausência de clareza torna impossível criar-se um protocolo de atuação para a rede e de desenvolvimento de competências para os profissionais da SF, pois estes caminham junto.

#### *A prevenção em geriatria*

Tratando-se do envelhecimento humano, as práticas em saúde voltadas para a prevenção devem ser priorizadas, pois grande parte dos agravos normalmente podem ser prevenidos ou minimizados com uma abordagem correta. A Atenção Básica, neste sentido,

tem central importância, pois é responsável pelo acompanhamento dos indivíduos em todas as fases do seu ciclo de vida. *A prevenção de um envelhecimento saudável começa no pré-natal e não termina aos 60 anos* (LIM e CHUKA, 2006).

Segundo Mehr e Tatum III (2002), a prática preventiva objetiva reduzir a mortalidade prematura, manter a capacidade funcional, aumentar a expectativa de vida e garantir a qualidade de vida e a compressão de morbidade. A prevenção primária atua antes do início da doença, a prevenção secundária detecta ou previne a doença no seu início, antes dos sintomas, e, a prevenção terciária envolve o manejo da doença objetivando minimizar os sintomas e suas complicações (LEAVELL e CLARK, 1976).

Assim, é necessário se proceder com uma busca ativa, isto é, muitas vezes indivíduos com condições crônicas não procuram assistência até estarem sintomáticos. Esta busca envolve o questionamento sobre mudanças na saúde, nutrição, comportamento, hábitos e a execução de uma revisão cuidadosa nas principais questões e morbidades que influenciam a qualidade de vida destes indivíduos ou que estejam relacionadas a risco. É fato sabido que as doenças crônicas são as principais causas de morte e incapacidade, acarretando um custo elevado para os sistemas de saúde no mundo e, particularmente, para os indivíduos. Também é fato que é necessária uma mudança de agenda com uma priorização das diretrizes governamentais em todo o mundo, a fim de se fazer frente ao problema. A Atenção Básica é considerada central neste trabalho de busca ativa, acompanhamento, reabilitação, educação e promoção da saúde nas comunidades (BEAGLEHOLE e cols, 2007).

Segundo os critérios de efetividade e a classificação das evidências nas práticas preventivas (LIM E CHUKA, 2006), algumas situações devem fazer parte da avaliação rotineira realizada pela SF para os idosos. A busca ativa e a prática de educação do indivíduo e da comunidade acerca das medidas preventivas e do desenvolvimento de hábitos saudáveis são ações esperadas principalmente para o câncer de pele, de colo útero, de mama, de próstata e de cólon, cuja incidência é alta nesta população. Esta busca preventiva implica na utilização de exames de investigação como a dosagem de TSH, preconizada nesta faixa etária e não padronizada no SUS, assim como o uso de Densitometria Óssea na investigação de osteoporose que também não é disponibilizada na rede, além do acesso à mamografia, colonoscopia, dosagem de PSA, e disponibilidade de consultas com especialidades como dermatologia e urologia. Muitas vezes, por questão de organização e uso racional de recursos, estes exames não ficam disponíveis para os

profissionais de atenção básica, implicando em um encaminhamento ao especialista para se conseguir o pedido do exame.

A busca ativa dos indivíduos hipertensos, diabéticos, com dislipidemia e obesidade já fazem parte da ação desenvolvida pelas equipes devido aos programas propostos pelo MS. Também as ações educativas nestes casos são de suma importância, devendo-se utilizar como objetivo os indicadores apontados como alvo a serem alcançados, não se considerando somente a idade como critério para a identificação deste alvo, mas a idéia da capacidade funcional. Um indivíduo de 80 anos, completamente independente e com capacidade funcional preservada, deve ser abordado de forma mais contundente, a fim de se possibilitar a manutenção destas condições.

Um capítulo à parte se traduz pela osteoporose e o risco de quedas. É sabido que 35 a 40% dos idosos vivendo na comunidade caem anualmente, que queda corresponde a 2/3 das mortes por injúria e que sua prevenção envolve abordagem multifatorial (LIM E CHUKA, 2006). O uso da densitometria óssea como método diagnóstico da osteoporose é fato dado na literatura médica (ROSEN, 2007), sendo indicado para todas as mulheres acima de 65 anos, ou na pós-menopausa antes dos 65 anos, se presentes fatores de risco como fratura após a menopausa, IMC (índice de massa corpórea) menor de 21, história familiar e de tabagismo, e, nos homens com fratura patológica, hipogonadismo, alcoolismo, uso corticoide, transplantados e portadores de doenças inflamatórias crônicas. O uso deste método foi citado como um fator impeditivo ou dificultante, pois muitos municípios não dispõem desta tecnologia, ou não está disponível para todos, fazendo com que o diagnóstico precoce e as medidas de controle e educação não possam ser implementadas a contento.

Em relação ao risco de queda este se faz maior quando na presença de idade maior de 75 / 80 anos, presença de fraqueza muscular, história de quedas, dificuldade no equilíbrio e marcha, déficit visual, presença de artrite, déficit nas AVD, depressão, déficit cognitivo, o uso de apoio como bengalas ou muletas. A intervenção preventiva para o risco de quedas inclui ações multiprofissionais como a fisioterapia para marcha e equilíbrio, os exercícios de força muscular, o correto uso de andadores ou bengalas, as modificações no meio ambiente e a orientação para as adaptações, o tratamento de hipotensão postural e síncope, a correção déficit visual e revisão de medicações em uso. O uso de mais de cinco medicações concomitantes em idosos aumenta a risco de efeitos colaterais e adversos

devido a alterações na farmacocinética<sup>10</sup> e farmacodinâmica<sup>11</sup> das drogas com o envelhecimento. Em relação às quedas, o uso de benzodiazepínicos apresenta especial importância. A educação dos idosos e da comunidade sobre os riscos do uso indiscriminado de medicações, prescritas ou não, certamente reduzirá a procura e o consumo de medicações controladas, reduzindo as intercorrências a isto associadas.

Apesar da importância fundamental do trabalho dos profissionais de reabilitação, como a fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, estes não se encontram disponíveis, como necessários, no sistema tanto para a Atenção Básica como para a Hospitalar. A abordagem de reabilitação, seja preventiva ou terapêutica, nas inúmeras condições mórbidas que reduzem a capacidade funcional e aumentam a necessidade de suporte e ajuda fornecida pela família para compensar as perdas, é determinante para a manutenção da qualidade de vida do idoso e de sua família. A evolução de um indivíduo com acidente vascular cerebral ou submetido a uma cirurgia de correção cirúrgica de uma fratura, por exemplo, será drasticamente diferente quando na presença ou não de uma reabilitação precoce e realizada de forma correta. Ausência deste tipo de trabalho conjunto leva a um aumento do número e do grau de incapacidade presente na população idosa, com conseqüente aumento do custo destes indivíduos para o sistema e da necessidade de cuidado fornecida pela família.

Também são considerados itens para avaliação rotineira a doença tireoidiana subclínica, o déficit auditivo, o déficit visual, a avaliação do estado nutricional, a saúde oral e dentária, a depressão e demência, a identificação de maus tratos, o questionamento acerca de hábitos como: tabaco, álcool, atividade física, dieta e a imunização (LIM E CHUKA, 2006).

Todas estas avaliações encontram-se presentes na lógica da avaliação geriátrica, e funcionam numa forma de retroalimentação, havendo a influência direta entre as intervenções e fatores de risco, já que muitos são multifatoriais, dividindo fatores de risco entre si. Porém, a falta de profissionais na rede secundária e terciária, como oftalmologistas e otorrinolaringologistas, impede que, mesmo identificado, o déficit visual e auditivo, por exemplo, possa ser abordado de forma precoce impedindo a evolução para a incapacidade.

A questão, que se coloca, não é somente desenvolver a competência dos profissionais da SF para realizar a busca ativa estes fatores, mas em como colocar disponível na rede os recursos para a execução desta avaliação de forma correta, e como

---

<sup>10</sup> Refere-se a biodisponibilidade, distribuição e clearance das drogas no organismo.

<sup>11</sup> Relaciona a dose ou concentração aos feitos clínicos e toxicidade.

organizar a rede para que haja retaguarda para estas ações, de forma que o profissional não fique impedido de dar o seguimento e orientações necessárias ao usuário. Esta impossibilidade cria uma frustração e uma desvalorização do trabalho realizado pela atenção básica. A falta desta organização não permite a implementação de ações eficazes e eficientes de prevenção. Isto é responsável por muito dos gastos ampliados com esta população no sistema de saúde, assim como pela perda de capacidade funcional e da qualidade de vida para o indivíduo e família.

Além da rede do sistema de saúde é primordial que sejam construídas ações intersetoriais, pois muitas das medidas preventivas requerem o trabalho conjunto com outros profissionais ou secretarias, como transporte, assistência social, educação, entre outras.

### *A equipe*

O trabalho em equipe compõe tanto o referencial proposto para a ESF como o da Geriatria e Gerontologia. Para esta última, a interdisciplinaridade é colocada, como consequência do trabalho em equipe.

Feuerwerker e Sena (1998) explicam que a interdisciplinaridade se aplica às ciências, à produção do conhecimento e ao ensino, sendo importante para o desafio da compreensão da realidade que transcende os limites disciplinares e que na saúde, traz a possibilidade da compreensão integral do ser humano e do processo de saúde-doença.

A obtenção de impacto sobre os fatores que interferem no processo saúde-doença, a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos, explicita a prática interdisciplinar.

A discussão de integralidade na atenção à saúde também abarca trabalho em equipe (MATTOS, 2001). É necessária, para esta construção, a flexibilização da divisão do trabalho onde “os profissionais realizam intervenções de suas respectivas áreas, mas também executam ações comuns, nas quais estão integrados saberes provenientes de distintos campos” (PEDUZZI, 2001, pág. 108). Em um estudo empírico em equipes de saúde, em vários cenários de prestação de serviço, Peduzzi (2001) analisa as concepções de equipe que informam o trabalho. A autora propõe a categoria de equipe “agrupamento” a qual se orienta pela justaposição de ações e equipe “integração” orientada para a articulação das ações. A atenção integral à saúde só é possível quando o trabalho conjunto se articula na integração das ações, quebrando a fragmentação entre os saberes e práticas.

A construção de um projeto assistencial comum de atender as necessidades dos usuários é um dos pressupostos da Estratégia, porém requer a reconstrução da organização do trabalho e das relações entre os profissionais da equipe e entre estes e a comunidade em bases diferentes das conhecidas por estes, tanto em práticas anteriores como no seu processo de formação (ALMEIDA e MISHIMA, 2001).

A simples estruturação do trabalho em equipes não garante a ruptura com o processo de trabalho médico centrado, cabendo modificações na dinâmica do trabalho e nas práticas cotidianas dos atores envolvidos. O trabalho em equipe necessita de interação, planejamento e comunicação de forma a permitir a construção de relações profissionais, onde na divisão de responsabilidade sobre o cuidado haja a participação de todos, dentro de suas especificidades, descentralizando a responsabilidade sobre o cuidado da figura do médico (ARAÚJO e ROCHA, 2007). É importante se observar a conjugação do trabalho tanto individual como coletivo para os profissionais e como são construídas as articulações das ações ao se buscar compreender o trabalho em equipe desenvolvido (SILVA e TRAD, 2005).

Trabalhar em equipe para ESF requer compreender as múltiplas disciplinas que necessitam interagir para dar conta da complexidade que é o trabalho na AB, a qual deve perceber a saúde no seu contexto pessoal e familiar, bio-psicossocial, associando prevenção, promoção de saúde e a reabilitação, trabalhando com todas as fases do ciclo de vida com suas especificidades, e buscando a intersetorialidade de forma a alcançar a resolutividade dos problemas da comunidade (ALMEIDA e MISHIMA, 2001).

Apesar de a equipe estar colocada como central à estratégia, esta organização do trabalho e das relações entre os profissionais ainda não se faz de forma clara. O próprio processo de educação permanente deve ser pensado de forma a envolver todos os profissionais, pois só assim pode-se modificar a construção do trabalho e permitir a integração da equipe.

O desenvolvimento de competências para os profissionais das equipes da ESF, entendida como conhecimentos, habilidades e atitudes deve ser trabalhado desde a graduação, até a pós-graduação, educação continuada e na educação permanente. Estes conteúdos são informados pela geriatria e gerontologia, porém não devem ser trabalhados de forma desconectada com a realidade da prática e a discussão sobre o fluxo do trabalho e o modelo tecnoassistencial.

## **CAPÍTULO 5 - A Formação Profissional Desejável para a Atenção ao Idoso**

Apesar de a geriatria ter adquirido identidade própria, não está resolvida a questão do cuidado aos idosos. Com o crescimento da população idosa, os profissionais da atenção básica são artífices da manutenção da sua qualidade de vida, visto que esta representa crescente contingente da sua clientela (COHEN, 2002). Como consequência, a formação especializada é concebida como voltada para atenção ao seguimento de idosos mais fragilizados, para a docência e desenvolvimento de pesquisas e metodologias de trabalho, bem como participação ativa na formulação de políticas públicas (FINUCANE, 2004).

Motta (2004), em pesquisa anterior, estudou a formação profissional médica, na graduação e pós-graduação, para a atenção ao idoso. A autora destaca que as Novas Diretrizes Curriculares, cujo eixo são as competências profissionais do médico geral, o que inclui a atenção ao idoso ainda se encontram em processo de implantação. Um aspecto claro nas Diretrizes é a importância de se formarem médicos aptos a trabalhar com atenção básica segundo dados epidemiológicos e demográficos. Isto nos dá dimensão da relevância da inclusão da geriatria e gerontologia nos currículos.

Na implementação das diretrizes, é necessário empreender esforços de inclusão de conteúdos sobre envelhecimento, saúde do idoso, trabalho em equipe e a noção de saúde ampliada em todas as disciplinas ao longo do curso. A introdução dos conteúdos de geriatria e gerontologia envolve desde as áreas básicas, como fisiologia, bioquímica, farmacologia, passa pelas disciplinas da área clínica, envolvendo as disciplinas das Ciências Humanas. As mudanças no objeto do trabalho em saúde, a construção do trabalho em equipe, do conceito de planejamento da abordagem, de reabilitação e manutenção da capacidade funcional, a importância da interação dos fatores psico-socio-econômico-ambientais no processo saúde-doença, assim como os conhecimentos para a prevenção, promoção e educação em saúde são centrais.

O aumento da expectativa de vida reforça a necessidade de mudança no modelo assistencial embasado no modelo biomédico, tradicionalmente centrado na “queixa principal” e orientado para a cura. Com a crescente prevalência de situações crônicas e incapacidades, não é suficiente apenas diagnosticar e tratar as patologias, mas reduzir os déficits funcionais e prevenir seu agravamento. Esta premissa reorienta de forma radical o conhecimento que deverá informar o desenvolvimento de competências e habilidades profissionais, pelos motivos citados a seguir.

O conhecimento do processo de envelhecimento e da cascata de eventos que se seguem à perda do equilíbrio do organismo envelhecido evidencia a importância do trabalho preventivo primário, secundário e terciário, como já discutido. Estas iniciativas são necessárias na prática com idosos tendo impacto tanto no nível individual como da saúde pública, com conseqüências para a qualidade de vida e otimização da utilização de recursos.

É importante fomentar atitudes como o reconhecimento do preconceito contra o envelhecimento, da diversidade entre os idosos, a importância do apoio ao trabalho do cuidador da família e a relação entre qualidade de vida e prolongamento de vida. As questões específicas da geriatria e gerontologia que incluem o conhecimento das síndromes geriátricas e suas abordagens, e as principais questões e doenças que envolvem esta população, como maus-tratos, distúrbios afetivos e exercício da sexualidade, o uso dos instrumentos de avaliação da capacidade funcional e cognitiva, a avaliação geriátrica, o treinamento em equipe e em diferentes cenários podem ser inseridos no currículo. Também o conhecimento do sistema de saúde e dos recursos de apoio social dá sustentação à capacidade de abordar corretamente as questões de saúde da população.

Em um modelo de currículo modular, é esperado que a saúde do idoso esteja contemplada, assim com as demais fases do ciclo vital, devendo os conhecimentos básicos já estar incluídos no currículo. Desta forma, cabe ressaltar as questões específicas da geriatria e gerontologia.

Alguns autores apontam para habilidades não contempladas nas Diretrizes. Barry (1997) prioriza as habilidades e competências vinculadas ao trabalho em equipe interdisciplinar, o conhecimento das funções e papel de cada profissional, assim como da importância para o idoso deste trabalho. É focado também o conhecimento dos princípios básicos da geriatria, o que inclui recursos disponíveis para o suporte, o desenvolvimento de atitude positiva e sensibilidade na abordagem aos idosos. São sugeridas como *atitudes* pontos específicos para a saúde do idoso: diversidade entre os idosos, o equilíbrio entre qualidade e prolongamento de vida, valorização do trabalho de todos os membros da equipe, o reconhecimento dos idosos como parte da sociedade, o preconceito relacionado ao envelhecimento de si próprio e do outro, a importância relativa da idade cronológica, o trabalho do cuidador, a mudança do paradigma do trabalho em geriatria mediante mais otimização funcional que cura.

Em relação ao item *conhecimento*, o corpo deste conteúdo está incluído em “saúde do idoso” dentro das diretrizes. Somente cabe ressaltar as síndromes e doenças

comuns no envelhecimento, o processo de planejamento de metas para abordagem em equipe e o conhecimento dos recursos de suporte sociais disponíveis e as características do sistema de saúde.

Em relação ao item *habilidades* é preconizado treinar o aluno na avaliação geriátrica, avaliação funcional, cognitiva, da marcha e equilíbrio, e, na capacidade de comunicação em presença de déficits sensoriais. Tais testes de avaliação são de execução relativamente simples, podendo constar das atividades regulares da graduação assim como são as medidas e testes ensinados pela pediatria e neonatologia.

É fundamental ressaltar a importância do treinamento com idosos durante toda a graduação, pois isto reduz o preconceito, principalmente quando o aluno é colocado junto a idosos saudáveis, do treinamento em equipe, em cenários diversos, além da articulação do processo de ensino-pesquisa-extensão que permite ao aluno contextualizar melhor seu papel social através de contribuições concretas às instâncias prestadoras de serviço (AGUIAR e CORDEIRO, 2004).

A British Geriatric Society (BGS, 2007) explicitou recentemente os conhecimentos, habilidades e atitudes que devem ser trabalhados na graduação. Entre os *conhecimentos* destaca-se: processo e teorias do envelhecimento; prevenção nos seus três níveis; diagnóstico, abordagem e manejo das síndromes geriátricas; epidemiologia e demografia; mudanças na sociedade; especificidade do adoecimento na velhice; a relação entre função, incapacidade e impacto social; investigação clínica e prescrição segura; princípios da reabilitação; serviços comunitários, rede de apoio social, planejamento no cuidado; hierarquização do cuidado; ética. Nas *habilidades* são destacadas: possibilidade de construir uma história incluindo suporte social e capacidade funcional, reconhecer a importância da história com o cuidador; exame físico completo; ser familiar às escalas habitualmente utilizadas; ser capaz de investigar laboratorialmente e prescrever de forma segura; capacidade de comunicar-se com o idoso, sua família e com a equipe. Nas *atitudes* são enfatizadas: importância da abordagem profissional e respeito aos idosos, ausência de preconceitos; compreender a lógica do cuidado contínuo ao idoso em diferentes cenários; diferenciar prolongamento de vida e qualidade de vida. Estes são conhecimentos centrais para a prática, que não são oferecidos na nossa graduação. Estes mesmos também representam o núcleo de conhecimento para o médico generalista, formado para atuar na Atenção Básica.

Um profissional recém-graduado dentro destas premissas estará apto a lidar com a complexidade e especificidade características da população idosa em vários cenários incluindo a atenção básica.

No caso da pós-graduação, a American Geriatrics Society (AGS 2000, 2001 e 2002) propõe que os programas de residências e de treinamento, que envolvam atenção básica para idosos, devam oferecer experiência em vários cenários de cuidado, enfatizando-se o conhecimento do processo de envelhecimento e doença, habilidades para promoção de envelhecimento saudável, avaliação geriátrica ampla, trabalho interdisciplinar e a abordagem do paciente com perda da capacidade funcional.

Propostas de currículo para o treinamento de residentes da Medicina Interna e Saúde da Família discriminando conhecimentos, atitudes e habilidades a serem desenvolvidos por estes profissionais são sistematizados pela AGS (1997) e Reyes-Ortiz (2001). É dada ênfase ao conhecimento das síndromes geriátricas, da abordagem de idosos com múltiplos problemas, ao reconhecimento da importância da família e ao conhecimento da rede de suporte social disponível, da importância do trabalho em equipe e das competências de cada profissional, do trabalho em diversos cenários, do conhecimento do sistema de saúde, o manejo das síndromes geriátricas e suas complexidades, o conhecimento da avaliação geriátrica ampla e seus instrumentos, considerando-se que os conhecimentos e habilidades básicas já foram instruídos na graduação.

Desta forma, é necessário que se correlacione as mudanças epidemiológicas e suas conseqüências à ênfase dada pelo Ministério da Saúde para a iniciativa de Saúde da Família como modelo de atenção à saúde e apoio à implementação das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e as Novas Diretrizes Curriculares para o ensino médico. Este trabalho objetiva sistematizar estas interfaces buscando instrumentalizar as propostas para o desenvolvimento de competências para a atenção ao idoso no Brasil na Atenção Básica, através da observação do processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família.

## **CAPÍTULO 6 - Competências para a Atenção ao Idoso na Rede Básica**

O principal determinante na definição do número de médicos necessários para oferecer cuidado aos idosos é o crescimento proporcional desta população (REUBEN e cols, 1993). Mesmo em países desenvolvidos a maior parte dos cuidados prestados para os idosos é na atenção básica, prestada tanto por médicos de família, quanto por internistas, e até mesmo para os geriatras (REUBEN, ZWANZIGER e BECK, 1994).

No entanto, como já visto, ainda existe pouca discussão sobre o ciclo de vida nas faculdades de medicina e manifesta precariedade da abordagem das questões inerentes ao envelhecimento. As residências de Clínica Médica têm pouco ou nenhum treinamento em geriatria. O treinamento dos profissionais para a atenção ao idoso no contexto da Saúde da Família é residual, apesar da importância dada a esta iniciativa pelo Ministério da Saúde.

A American Geriatrics Society (2000, 2001, 2002) propõe que conteúdos de gerontologia e geriatria sejam incorporados em todos os anos da formação médica, sendo treinamento prático em geriatria mandatório para alcançar a graduação. Preconiza, para os programas de pós-graduação (inclusive no formato de residência) que envolvem atenção básica para idosos, que ofereçam experiência em vários cenários de cuidado. Todos os envolvidos no cuidado aos idosos deveriam ter acesso a conteúdos relativos ao processo de envelhecimento e desenvolver habilidades para promoção do envelhecimento saudável, avaliação geriátrica e abordagem da perda da capacidade funcional. Ressalta também a necessidade de investimento em educação continuada.

O conceito ampliado de saúde implica num esforço do setor saúde em melhorar o potencial de saúde e a qualidade de vida de cada indivíduo, o que significa aumentar o número de anos livres de incapacidades ou enfermidades. Iniciativas desta natureza utilizam novos indicadores de saúde, por exemplo, a expectativa de vida sem incapacidades físicas (ou expectativa de vida saudável)<sup>12</sup>. A necessidade de novas competências decorre do desafio de diminuir o número de anos com vida dependente e aumentar a quantidade e qualidade dos anos de vida independente. Tais competências não são exclusivas da medicina e seu pleno desenvolvimento implica em trabalho conjunto com serviços sociais e sanitários (ALLUÉ, 1999). No Brasil, estudos como de Parahyba (2003) reforçam para a importância do status sócio-econômico (principalmente a renda e a

---

<sup>12</sup> Expectativa de vida saudável: segundo a OMS refere-se ao tempo de vida que as pessoas esperam viver sem precisar de cuidados especiais ( OMS, 2002)

educação) como marcador para a dificuldade funcional<sup>13</sup>, o que demanda ações voltadas para a operacionalização do conceito ampliado de saúde no cotidiano da prática assistencial.

É sabido que os médicos, principalmente na atenção básica, consideram difícil cuidar de idosos. Adams e cols (2002) identificaram três motivos básicos para que isto ocorra e que devem ser considerados ao se planejar as competências necessárias e o treinamento destes profissionais:

- a) A complexidade clínica e a vulnerabilidade física dos idosos aos eventos adversos, por exemplo: a concomitância de múltiplas patologias crônicas, podendo envolver apresentações atípicas, as conseqüências do uso de múltiplas medicações com risco aumentado de interações indesejáveis e efeitos adversos, a presença de déficits cognitivos e sensoriais, a possibilidade de rápido declínio do quadro clínico e o risco da iatrogenia;
- b) Os desafios pessoais e interpessoais da relação, sendo citadas as barreiras de comunicação, a necessidade de interagir intensamente com as famílias, as questões éticas relativas aos cuidados ao final da vida, a falta de tempo adequado e a percepção da própria ineficácia;
- c) Os problemas administrativos que incluem questões relacionadas ao sistema de saúde e suporte social como, por exemplo, no caso de indivíduos sem família, onde o apoio e a presença de recursos comunitários são centrais para sua manutenção no domicílio, o treinamento médico inadequado, a remuneração insuficiente e o longo tempo dispensado no atendimento, e recursos comunitários insuficientes.

Cabe lembrar que um dos pontos levantados no trabalho de Adams e cols (2002) sobre as dificuldades encontradas pelos profissionais de atenção básica no atendimento aos idosos se reporta à falta de informação e treinamento. Esta falta de conhecimento muitas vezes conduz ao não reconhecimento correto das causas dos problemas trazidos pelos idosos, o que pode acarretar uma condução equivocada do caso, onde as intercorrências advindas de decisões inadequadas são vistas como imprevistos e não como situações previsíveis. Por exemplo, em situações como o uso de medicação para tratar sintomas decorrentes do uso de outras medicações, com um somatório de efeitos colaterais e adversos. A falta de conhecimento reduz a efetividade da ação o que conduz a uma grande frustração para o profissional.

---

<sup>13</sup> Dificuldade funcional: conceito preconizado pela OMS em substituição à incapacidade funcional, devido ao seu aspecto mais positivo (ICF/WHO/2001)

Outro ponto focado neste trabalho foi a insegurança e ansiedade que o pouco conhecimento dos recursos de suporte social e a fragilidade da clientela acarretam ao profissional. O conhecimento sobre o sistema de saúde e as redes de suporte sociais disponíveis é prioritário no currículo no Brasil. É fato a pouca articulação e a precariedade do sistema de saúde e de seguridade, os problemas de referência e contra-referência e a desinformação. A dificuldade experimentada na prática diária, aqui exemplificada pela atenção ao idoso, onde esta integração é central como preconiza a PNSPI acarreta uma frustração para os profissionais. Assim, redução desta não se restringe somente ao desenvolvimento de competências dos profissionais, mas na organização do sistema de saúde e da rede de suporte, com ações que fortaleçam a família e comunidade para prestar este cuidado.

As competências necessárias para a execução de avaliação geriátrica estão implícitas nas Diretrizes Nacionais para a Graduação em Medicina (CNE 2001, artigos 5 e 6) que preconizam a atenção adequada a todas as fase do ciclo de vida, a natureza biopsicosocio-ambiental do processo saúde-doença e a integralidade das ações. No contexto atual da política de saúde brasileira, a avaliação geriátrica, usada como um instrumento adequado aos diversos cenários e como um identificador de problemas e de risco, pode contribuir para melhor abordagem das questões específicas do envelhecimento no atendimento às populações idosas, inclusive na ESF (BATISTA, FERNANDES E NÓBREGA, 2003).

O desafio se dá na sua implantação e utilização regular nos serviços de atenção básica no contexto da desarticulação da rede de forma a garantir a resolutividade. (MOLINA e cols, 2003). Assim, a capacidade funcional<sup>14</sup> e sua limitação são indicadores importantes na promoção da saúde, prevenção de agravos e na definição de ações na atenção ao idoso (BOULT e cols, 1994; COOK-SHUMWAY e cols, 2003). Uma das atribuições centrais da ESF seria a avaliação da capacidade funcional, entendida como uma operacionalização do conceito ampliado de saúde, priorizando a manutenção da autonomia e o envelhecimento saudável.

Silvestre (2003) aponta para a Saúde da Família competências desejáveis como o desenvolvimento de um corpo de conhecimento estruturado para o trabalho de promoção da saúde. Isto significa a capacidade de identificar os fatores determinantes da qualidade de

---

<sup>14</sup> Capacidade Funcional é a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Surge como um conceito de saúde mais adequado para operacionalizar a atenção integral à saúde do idoso.

vida da pessoa idosa, em seu contexto familiar e social. A prevenção e monitoramento de doenças prevalentes mediante o desenvolvimento de ações de caráter individual e coletivo, de prevenção específica, a identificação de agravos e recuperação da saúde dos principais problemas da pessoa idosa.

São consideradas atribuições de todos os profissionais das equipes de SF a participação no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe: a identificação dos grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e da atualização contínua dessas informações de forma a priorizar ações planejadas; a realização do cuidado em saúde da população adscrita, nos diversos espaços; a realização de ações de atenção integral, dentro do contexto da integralidade da atenção; a garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde; a realização de busca ativa e notificação de doenças; a realização da escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações; a responsabilização pelo cuidado longitudinal à população adscrita; a participação nas atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe a partir da utilização dos dados disponíveis; a promoção da mobilização da comunidade, identificando parceiros e recursos para ações; a garantia da qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação; a participação nas atividades de educação permanente (BRASIL, 2006). Estas atribuições informam os conhecimentos, habilidades e atitudes a serem trabalhados com os profissionais no desenvolvimento de suas competências.

Nas atribuições dos enfermeiros e médicos, é enfatizada a realização da assistência integral em diferentes cenários de atuação, unidade, domicílio, espaços comunitários, em todas as fases do desenvolvimento humano (BRASIL, 2006).

Assim, a equipe de SF na atenção ao idoso passa a ser responsável pelo acompanhamento das famílias adscritas, desde o pré-natal até a idade mais avançada, garantindo as medidas de prevenção para o envelhecimento saudável da população, o que inclui a prevenção primária, secundária e terciária, como já descrito. A ela cabe ser a porta de entrada e o organizador do cuidado aos idosos. O controle das doenças crônicas em todos os seus níveis de atenção, incluindo a reabilitação, o acompanhamento de idosos saudáveis, incluindo as práticas educativas e socializadoras. Também, a identificação de idosos em risco de fragilidade ou frágeis e o acompanhamento conjunto dos idosos com suporte dos demais níveis do sistema de saúde.

A literatura sobre a ESF é fértil em apontar os potenciais benefícios e ganhos para a qualidade de vida da população como um todo. Restam, porém, lacunas importantes sobre

a prática da estratégia na atenção ao idoso, cuja sistematização começa a ser publicadas recentemente.

No ano de 2006, ciente dos desafios, o MS no contexto da PNSPI, lança os Cadernos de Atenção Básica \_ Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Este traz as diretrizes preconizadas para a Atenção Básica para a população idosa. Destacam-se a idéia do acolhimento do idoso na AB, o desenvolvimento de ações pró-ativas e o planejamento das ações de acompanhamento. É reforçado o papel da ESF na longitudinalidade da atenção, incluindo até a visita domiciliar. A identificação e acompanhamento de idosos frágeis ou em processo de fragilização são recomendados, explicitando-se o papel estratégico dos ACS nesta ação. A Caderneta de Saúde do Idoso, instrumento que busca operacionalizar esta ação e garantir o trânsito de informações sobre os usuários tem seu preenchimento de responsabilidade da equipe da ESF.

Aos ACS (agentes comunitários de saúde) cabe identificar e encaminhar o idoso frágil à UBS, acompanhando-os no planejamento assistencial domiciliar. Para o médico cabe realizar consulta, incluindo a avaliação multidimensional rápida, como já descrito anteriormente, aplicar instrumentos complementares à avaliação, encaminhar quando necessário aos serviços de referência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento. À enfermeira cabe realizar consulta de enfermagem incluindo avaliação multidimensional (BRASIL, 2006). Nesta proposta não é colocado de forma clara quais os índices e indicadores disponíveis para a identificação do idoso de risco, como se dará o fluxo após a identificação do idoso de risco na prática, qual a resolutividade esperada. Estas diretrizes serão apresentadas e discutidas posteriormente à luz dos resultados.

Para a ESF é esperada atuação nas medidas preventivas para um envelhecimento saudável da população, acompanhamento preventivo de idosos saudáveis, identificação e acompanhamento de idosos frágeis, incluindo os acamados e as visitas domiciliares, sem que esteja disponibilizado um sistema de suporte e integração à rede de saúde local. Esta situação coloca a ESF em situação de frustração, pois cria uma grande demanda e pouca possibilidade de resolução dos problemas da comunidade.

É importante lembrar que as ações propostas para a ESF não se restringem aos idosos, abrangendo toda a família, cujas múltiplas e diferentes demandas devem ser abordadas pela equipe, além da demanda espontânea ainda presente nas UBS, acrescidas das ações administrativas consideradas como excessivas pelas equipes. As propostas inovadoras do trabalho em equipe e da autogestão trazem mais um desafio aos profissionais não preparados para tal, e que necessitam trabalhar num sistema que não

funciona interligado. A sobrecarga e falta de resolutividade podem se transformar em uma quimera comprometendo a Estratégia como modelo.

A seguir, será apresentada a metodologia utilizada neste estudo com o objetivo de compreender a atenção ao idoso no contexto da Estratégia de Saúde da Família.

## **CAPÍTULO 7 - Metodologia**

O presente estudo, que enfoca a atenção ao idoso no contexto da implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Estado do Rio de Janeiro, tem caráter exploratório e utiliza metodologia qualitativa.

A metodologia qualitativa apresenta-se como uma opção capaz de perceber a realidade como construída, múltipla e complexa, a qual busca compreender e interpretar a partir de como os participantes de certos contextos interpretam e constroem a sua realidade (GLESNE e PESHKIN, 1992). No presente estudo, o uso da metodologia qualitativa objetivou o estudo da percepção dos profissionais de saúde da ESF sobre seu trabalho com a população idosa.

Neste estudo, a metodologia foi construída visando à articulação de três conjuntos de dados: dados descritivos sobre o contexto do Programa de Saúde da Família em cada município, dados relativos aos conhecimentos técnicos das equipes sobre atenção ao idoso e dados relativos à percepção dos profissionais sobre a atenção ao idoso na ESF.

O primeiro conjunto de dados foi tratado descritivamente e inclui uma análise de documentos oficiais governamentais, entrevistas aos gestores (Anexo B1), um relato da observação simples do campo e um fluxograma descritor construído com o objetivo de contextualizar os achados.

O conjunto de dados relativos aos conhecimentos técnicos da equipe foi trabalhado com o método de Discussão de Caso-problema, utilizando a técnica de grupo focal com os profissionais.

A percepção dos profissionais sobre a atenção ao idoso no contexto da ESF foi trabalhada através da análise de conteúdo de entrevistas com os profissionais (Anexo B2).

No método qualitativo a relação do pesquisador com os pesquisados é complexa e mutante. O pesquisador é parte intrínseca do fenômeno estudado, sendo que esta característica pode facilitar ou dificultar a coleta de dados confiáveis (HAMMERSLEY, 1993). No presente estudo, o status do pesquisador como especialista em geriatria e gerontologia facilitou o trabalho. Sua presença junto à equipe favoreceu um maior questionamento acerca do trabalho desenvolvido junto à população idosa. Foi facilitada a identificação de situações de risco para algum usuário pelo olhar no pesquisador, quando não havia sido identificada ou abordada pela equipe.

Como campo para a coleta de dados foram escolhidas duas equipes em cada um dos três municípios do Estado do Rio de Janeiro - Engenheiro Paulo de Frontin, Itaboraí e Rio

de Janeiro. Esta escolha dos municípios se deu segundo o critério de heterogeneidade, baseada no número de habitantes, e a escolha das equipes se baseou no tempo de trabalho conjunto dos profissionais dentro dos municípios escolhidos utilizando-se assim critérios distintos.

O estudo de equipes de saúde da família em suas atividades habituais e suas relações com os idosos atendidos na comunidade permite a observação de desempenho e a influência sobre as competências a serem trabalhadas para se lidar com este contexto.

Neste campo estão presentes vários atores, com diferentes formas de inserção e conhecimento, havendo linguagens e culturas distintas. São identificados os idosos, suas famílias, cuidadores, agentes de saúde, enfermeiros, médicos, comunidade, e componentes de instituições do sistema de saúde que interagem em diversas situações.

Compreendê-los, demanda estabelecer um ritmo de análise que aprecie pequenos detalhes locais e as estruturas gerais de forma simultânea, tentando apreender a totalidade através das partes. Conhecer o particular na sua inter-relação com o geral facilita o dialogar com as habilidades, conteúdos e conhecimentos necessários para o trabalho com as especificidades do envelhecimento, do ponto de vista daqueles concretamente implicados na construção das práticas.

Um fenômeno descrito, apesar de aparentemente particular e único, exemplifica o processo social universal, objetivando achar o geral no particular. As questões que envolvem da vida social humana devem ser clareadas através da descrição de eventos particulares (HAMMERSLEY, 1993). Entender os preconceitos e tipos de questionamentos presentes nas atividades diárias de uma equipe representa buscar descrever e compreender as vertentes a isto implicada na dimensão do seu próprio envelhecimento, da sua prática profissional, da sua relação com o método de trabalho.

### 7.1 - Critérios de Seleção e Características dos Municípios Estudados

O Estado do Rio de Janeiro, segundo os Indicadores e Dados Básicos (IDB) 2006 ([www.datasus.gov.br/idb](http://www.datasus.gov.br/idb)), tem um grande percentual de idosos na sua população, uma significativa esperança de vida ao nascer e aos 60 anos como demonstrado na Tabela 3. Esta é uma situação presente no Estado do Rio de Janeiro mais particularmente importante no Município do Rio de Janeiro.

**Tabela 3: Dados Demográficos do Brasil, Estado e Município do Rio de Janeiro (2005).**

	Esperança de vida ao nascer <sup>15</sup>		Percentual de idosos na população (%) <sup>16</sup>
	Homens	Mulheres	
<b>Brasil</b>	68,35	75,93	<b>9,2%</b>
<b>Região Sudeste</b>	69,5	77,68	<b>10%</b>
<b>Estado do RJ</b>	68,08	77,02	<b>11,5%</b>
<b>Município do RJ</b>	—	—	<b>13,7%</b>

Fonte: Caderno de Informações de Saúde. DATASUS. Acesso em 19/09/07.

A transição demográfica avançada pode ser demonstrada neste Estado pelo índice de envelhecimento<sup>17</sup> de 48,9 enquanto no Brasil encontra-se em 33,9. Sua esperança de vida aos 60 anos também é uma das mais elevadas sendo no geral de 21,21 anos (homens/18,91anos e mulheres/23,13), em 2005. Desta forma, o intenso processo de envelhecimento vivido no Brasil tem no Rio de Janeiro uma expressão importante e deve influenciar as políticas e as práticas em saúde, o que enfatiza a relevância da pesquisa neste campo, e a escolha deste município para a pesquisa.

Para fins de seleção os municípios do Estado foram divididos segundo critério demográfico: até 5 000 hab, de 5001 a 20.000 hab, de 20001 a 100.000 hab, 100.101 a 500.000 hab, mais de 500.001 hab ([www.saude.gov.rj.br](http://www.saude.gov.rj.br). Acesso 06/02/2006). Segundo estes critérios foram propostos três municípios de portes distintos seguindo o critério de heterogeneidade. Assim, foram selecionados um município de pequeno, médio e grande porte. Foi considerada também, como já exposta, a proporção de idosos na escolha do Município do Rio de Janeiro, já que este apresenta importante envelhecimento populacional (Tabela 4). Os municípios de pequeno e grande porte apresentam alto percentual de idosos na sua população e coberturas pela ESF díspares (Tabela 5), o que corroborou para suas escolhas.

<sup>15</sup> Esperança de vida ao nascer: Número médio de anos de vida esperados para um recém-nascido, mantido o padrão de mortalidade existente, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

<sup>16</sup> Esperança de vida aos 60 anos: Número médio de anos de vida esperados para uma pessoa ao completar 60 anos de idade, mantido o padrão de mortalidade existente, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

<sup>17</sup> Índice de Envelhecimento: Número de pessoas de 65 anos e mais de idade para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

No município do Rio de Janeiro, a frágil cobertura está vinculada à desigualdade social, migração, processo de urbanização, com conseqüente violência urbana, presença de inúmeras favelas com difícil acesso, desconfiança da população em receber em sua casa, indicadores de saúde alarmantes como a Tuberculose, mortalidade materno-infantil, complicações de Diabetes Mellitus, gravidez em adolescentes, a histórica presença no município de grande estrutura hospitalar que traz a prática da procura ao hospital para a resolução de problemas de saúde (CAETANO e DAIN, 2002). A desigualdade entre as áreas de vazão sanitário, onde há grande carência de serviços, e as áreas de concentração dos serviços é também um desafio segundo a SMS/RJ (2001). Porém, apesar desta questão ser um impeditivo para a própria implantação da Estratégia, este é um município onde o desafio do envelhecimento populacional é muito significativo. Desta forma, a opção da escolha deste município foi assim baseada, sendo escolhidas equipes fora de área de risco, de forma a estudar equipes que desenvolvam seu trabalho sem a interferência da violência urbana.

**Tabela 4: Percentual de idosos nos municípios selecionados:**

Faixa etária	Engenheiro Paulo Frontin	Itaboraí	Rio de Janeiro
<b>60 a 69</b>	763	10.099	426.424
<b>70 a 79</b>	498	4.941	263.667
<b>Igual ou maior de 80</b>	183	1.815	102.715
<b>Total população</b>	12.250	226.042	6.178.762
<b>Percentual idosos</b>	11,79 %	7,46 %	12,83 %

Fonte: DATASUS. Caderno de Informação de Saúde. Acesso em 19/09/2007.

**Tabela 5: Cobertura populacional pela Saúde da Família nos municípios selecionados:**

Município	população	cobertura pelo ESF
<b>Engenheiro Paulo de Frontin</b>	12.250	100 %
<b>Itaboraí</b>	226.042	68,69%
<b>Rio de Janeiro</b>	6.178.762	7,2 %

Fonte: DATASUS. Caderno de Informação de Saúde acesso 19/09/2007

No Estado do Rio de Janeiro, o envelhecimento modifica o perfil de morbidade apresentado pela população. Para a população dos acima de 60 anos a distribuição das internações por grupos de causas aponta a maior prevalência de doenças crônico-degenerativas como morbidade e mortalidade. As internações deste grupo no estado correspondem a 32,1% doenças circulatórias, 14 % respiratórias, 9,7 % neoplasias, 7,6%

digestivas e 5,9% devido a causas externas. Nos municípios estudados também mostram a mesma tendência (Tabela 6). O maior percentual de doenças crônicas implica em uma maior importância para o trabalho voltado para as medidas preventivas tanto primárias, como secundárias e terciárias, como já discutido, acarretando a necessidade de uma mudança de paradigma no modelo assistencial.

**Tabela 6: Principais causas de óbito hospitalar, nos municípios selecionados, segundo grandes grupos de CID-10, em 2006.**

	EPF	ITABORAÍ	RJ
Óbitos	33	455	15.548
doenças- infecciosas e parasitárias	1	78	1.863
neoplasias - tumores	0	1	3.044
doenças - aparelho circulatório	13	115	3.044
doenças - aparelho respiratório	7	95	2.593
doenças - aparelho digestivo	2	32	997
lesões, envenenamentos e causas externas	2	10	940

Fonte: [www.ibge.gov.br/cidades](http://www.ibge.gov.br/cidades). Acesso em 14/09/2007

#### Características dos Municípios Estudados

Neste item são apresentadas características dos três municípios estudados, a partir de informações procedentes do *site* do Governo do Estado de Rio de Janeiro e das secretarias municipais respectivas, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e DATASUS.

#### *Município de Engenheiro Paulo de Frontin*

É um município da região centro-sul fluminense com 142,9 Km<sup>2</sup>. Sua história inicia-se em meados do século XVIII, dada sua localização às margens do caminho que ligava o Rio de Janeiro a Minas Gerais. Tendo sido parte do Município de Vassouras, sua emancipação data de 1963. As atividades econômicas que lá se desenvolvem incluem indústria de látex, de fogos de artifício, a criação de cavalos e o turismo e hotelaria, em função da característica de 52% da área do Município sendo remanescente da Mata Atlântica.

Paulo de Frontin é município com área grande, porém com baixa densidade demográfica (85 hab/Km<sup>2</sup>), predominantemente rural, com longas distâncias entre as localidades como Centro, Sacra Família, Morro Azul, e com transporte intramunicipal

pouco eficiente. Seu relevo é acidentado, havendo muitas ladeiras para o deslocamento das pessoas.

No Censo 2000 (IBGE) o município apresentava fornecimento de água por rede em 30,4 % e por poço ou nascente em 65,3% dos domicílios. A rede de esgoto cobria 30,7% da população, sendo 26,8% detentores de fossa séptica. Os demais 19,7% por vala e 17,5% em rios e lagos.

A rede municipal de saúde possui 18 estabelecimentos de saúde ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br), acesso 31/01/2008), que incluem cinco centros de saúde, duas clínicas especializadas, um hospital especializado, um hospital geral, uma policlínica, três postos de saúde, um pronto socorro geral, uma unidade de apoio diagnóstico. Existem cinco equipes de SF cobrindo 100% da população. O Município compõe um consórcio com outros onze municípios da região, desembolsando mensalidade proporcional ao número de habitantes para a realização de exames como mamografia, ecocardiograma, holter, ergometria e endoscopias em serviços localizados em outros municípios.

No final de 2006 foi iniciado curso de capacitação \_ Curso técnico em Agente Comunitário de Saúde\_ pela Secretaria Municipal de Saúde utilizando material da Escola de Informação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos (ETIS). Este curso tem a duração de 1200 horas divididas em três áreas: promoção da saúde na comunidade, atuação do ACS na atenção à saúde e o trabalho em equipe no PSF.

Os procedimentos na Atenção básica corresponderam em 2006 a 51,8% e os especializados por 48,5% dos procedimentos ambulatoriais registrados no sistema (SIA/SUS). No ano de 2006 foram realizados 11,4 procedimentos básicos por habitante (Cadernos de Informação em Saúde, acesso em 19/09/2007).

### ***Município do Rio de Janeiro***

Com área de 12255,3 Km<sup>2</sup> é a capital do Estado desde 1975. Sua primeira menção na história do Brasil aparece em 1502. Foi um importante porto, centro econômico e cultural, tendo sido capital federal até 1960. É uma importante cidade turística com múltiplas atividades econômicas. Sua população tem cerca de 6.179 milhões de habitantes ([www.ibge.gov.br/cidades](http://www.ibge.gov.br/cidades), acesso em 19/09/2007), em uma enorme região metropolitana com vários municípios no entorno, onde a atenção à saúde se mistura entre os municípios vizinhos. Muitas áreas são consideradas inseguras devido à violência.

No Censo 2000 (IBGE) o município tinha 97,6% dos domicílios com fornecimento de água pela rede. As instalações sanitárias eram em 76,3% por rede geral, 16,7% por fossa séptica e 3% por vala.

Devido a sua história como Distrito Federal, apresenta ampla rede hospitalar, tanto federal como municipal e estadual, cuja articulação é complicada e ainda não se faz de forma ordenada. Possui um total de 1846 estabelecimentos de saúde, sendo 154 centros de saúde, 738 clínicas especializadas, 146 consultórios, 1 farmácia, 114 hospitais especializados, 132 hospitais gerais, 8 hospitais –dia, 59 policlínica, 463 unidades de apoio diagnóstico, 11 postos de saúde, entre outros ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br), acesso 31/01/2008). Em 2006 (SIA/SUS), o município realizou 1,8 procedimentos básicos por habitante, sendo os procedimentos ambulatoriais divididos em 23% na atenção básica, 45,4% na especializada e 31,6% na alta complexidade (Cadernos de Informação em Saúde, acesso em 19/09/2007).

Existe a preocupação acerca da atenção ao idoso no município. A SMS lançou em setembro de 2006 (Portal Saúde-Rio [www.saude.rio.rj.gov.br](http://www.saude.rio.rj.gov.br)) o Programa de Atenção Básica à Saúde do Idoso, no bairro de Copacabana, escolhido devido ao alto percentual de idosos e baseado em pesquisa realizada em 2006. Este programa, piloto, tem a premissa de promover a saúde e acompanhamento domiciliar semelhante ao da ESF com contratação de agentes de promoção da saúde. Além disto, é possível obter material educativo sobre a Saúde da Família no seu endereço eletrônico.

No final de 2007, segundo a SMS/RJ, havia 119 equipes no município, sendo que somente 97 estavam produzindo informações para o sistema.

### ***Município de Itaboraí***

O Município de Itaboraí foi fundado em 1671 e conta com área de 429,32 Km<sup>2</sup>. Suas atividades econômicas incluem a manufatura de cerâmica, a fruticultura, a agricultura de subsistência, a apicultura, a pecuária extensiva, o extrativismo mineral, o comércio e serviços. Faz parte da região norte-fluminense.

A distribuição de água, segundo Censo 2000 (IBGE), se dá através de rede em 23,8% e poço em 69,8% dos domicílios. As instalações sanitárias se dividem em rede geral em 27,3%, fossa séptica em 41,1 % e vala em 16,4%.

Possui 107 estabelecimentos de saúde, sendo 39 centros de saúde, 13 clínicas especializadas, 24 consultórios, 2 hospitais especializados, 5 hospitais gerais, 1 policlínica,

12 unidade de serviço de apoio diagnóstico, entre outros ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br), acesso 31/01/2008). Em 2006 (SIA/SUS) foram realizados 12,7 procedimentos de atenção básica por habitante. Os procedimentos ambulatoriais se distribuíram em 73,5% da atenção básica, 25,8% especializada e 0,8% de alta complexidade (Cadernos de Informação em Saúde, acesso em 19/09/2007).

## 7.2 - Técnicas de coleta de dados

### 7.2.1- A consulta a documentos

A consulta e análise de documentos compuseram o conjunto de dados descritivos junto com a observação simples do campo, a entrevista com os gestores e o fluxograma descritor. Os documentos foram coletados sistematicamente, nos *sites* Ministério da Saúde, e correlatos, usando como termos de busca Atenção Básica, ESF e Atenção ao Idoso. Foi dada prioridade a manuais, legislação, protocolos que informassem sobre os temas de busca.

### 7.2.2 - A entrevista individual

O uso da entrevista como método de investigação adota grande variabilidade de formatos indo de roteiros com questões totalmente fechadas até as abertas. A forma de análise das entrevistas também varia. Questões fechadas permitem uma análise numérica com componente estatístico. Questões abertas suscitam abordagens afeitas à análise de natureza mais interpretativa baseada no conteúdo (SEIDMAN, 1998).

Neste estudo foram realizadas entrevistas abertas a dois tipos de atores: os gestores e os profissionais. A entrevista proposta aos gestores foi conduzida nos seguintes eixos: situação da implantação da ESF no Estado e Municípios escolhidos e sua percepção desta e escolha dos municípios e equipes para a realização do trabalho de campo (Anexo B1). A entrevista proposta aos profissionais foi conduzida em três eixos: como veio trabalhar no PSF, como compreende seu trabalho com indivíduos idosos e o significado deste para ele (Anexo B2).

Apesar da presença das auxiliares de pesquisa, a pesquisadora desempenhou o papel de articular e mediar o trabalho, participando da apresentação da equipe do projeto

junto às equipes pesquisadas de forma a estabelecer um processo de empatia com as equipes.

Foram realizadas 54 entrevistas individuais, com 30 agentes comunitários de saúde, 7 médicos, 1 odontólogo, 4 enfermeiras, 12 auxiliares ou técnicos de enfermagem e gabinete dentário.

Com os profissionais médicos foi realizada uma segunda entrevista (Anexo B3) com questões objetivas abordando a utilização de práticas preventivas preconizadas em geriatria no seu cotidiano de atenção (bem como a identificação de fatores facilitadores ou restritivas para sua execução). Estas práticas foram elencadas a partir de textos especializados da geriatria, com ênfase na atenção básica, incluindo avaliação sensorial (visão e audição), prevenção vacinal, função tireoidiana, saúde oral, estado nutricional, risco de quedas, osteoporose, hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus, depressão, demência, uso de medicações e prevenção de câncer.

### 7.2.3 - O Grupo Focal

Foi utilizada entrevista coletiva no formato de Grupo Focal visando a obter “dados a partir da interação de um grupo sobre tópico determinado pelo pesquisador.” Esta interação permite produção de dados e percepções que estariam menos acessíveis individualmente (MORGAN, 1997).

O grupo focal pode ser o método principal, um método suplementar ou ser usado em estudos com múltiplos métodos, onde se combina com a entrevista, como no presente estudo. Este permite a observação das interações entre pessoas sobre um tema em um período curto de tempo, embora não corresponda a cenários habituais, mas criados artificialmente. O grupo se atém à identificação do comportamento verbal e auto-relatado. Em relação à entrevista individual o grupo focal permite a observação das interações, requerendo grande atenção do coordenador para nuances que possam ser úteis ou empecilhos a análise.

Nesta pesquisa foi utilizada esta técnica na construção do fluxograma descritor e na discussão de caso-problema. Foram realizados dois grupos focais com cada equipe, um para a construção do fluxograma e outro para a discussão de caso. Em ambas atividades as falas foram gravadas enquanto era feito graficamente em painel o desenho das informações para que todos os participantes pudessem acompanhar o trabalho. O pesquisador procurou conhecer a equipe e aproveitar o momento de reunião rotineira, estabelecida como parte da

organização do trabalho da equipe. Em Engenheiro Paulo de Frotin foi necessário agendar reunião específica com as equipes, pois estas não ocorrem regularmente. As reuniões foram realizadas nas próprias unidades, com a participação da maioria dos profissionais da equipe. Durante os grupos focais foi possível identificar as lideranças existente dentro das equipes e a participação dos diversos seguimentos profissionais, explicitando a integração entre os componentes de cada grupo e a integração da equipe com a rede assistencial.

#### A) Fluxograma Descritor

O fluxograma representa uma ferramenta usada para analisar o modelo de atenção. É a representação gráfica das etapas do processo de trabalho, permitindo um olhar na organização das práticas assistenciais e no cotidiano das equipes. Este diagrama exprime todas as ações que compõem as intervenções em saúde. O Fluxograma Descritor permitiu analisar o fluxo do atendimento dos idosos pelas equipes, discriminando as ações que traduzem concepções de cuidado. Ele se organiza a partir de três símbolos: a elipse que representa a entrada ou saída; o losango que representa o momento de decisão; e, o retângulo, que representa o momento de intervenção ou de ação sobre o processo assistencial (FRANCO 2007; MERHY, 1997).

As necessidades específicas dos usuários idosos foram sendo consideradas na sua construção junto com cada equipe. A questão inicial utilizada foi: “um usuário com mais de 60 anos se muda para esta área. Como ele se insere na ESF ou consegue atendimento junto à UBS?”. Posteriormente foram abordadas situações problemas como a solicitação de exames complementares, necessidade de internação, demanda por especialidades médicas, de forma a mapear as referências e contra-referências estabelecidas, obstáculos e facilitadores na organização da atenção.

#### B) Discussão do Caso Problema

Em cada nova equipe estudada no trabalho de campo foi abordada uma situação - problema centrada no caso de um paciente idoso. O caso foi estruturado de forma a suscitar o debate de temas relevantes para a atenção ao idoso e permitir a análise da abordagem proposta pela equipe. Este processo permitiu identificar a percepção da equipe, suas estratégias e dificuldades para a execução das propostas apontadas.

Ao longo da discussão, utilizando-se um painel, eram apresentadas aos participantes as informações fornecidas e agrupadas conforme a orientação destes.

A situação criada para iniciar a discussão foi a seguinte: O Sr. João se mudou para esta comunidade e apresenta a seguinte história, que será apresentada posteriormente. O caso era então apresentado com a leitura de um painel exposto de forma que os dados pudessem ficar disponíveis para a leitura. Como premissa para a análise era solicitado que os profissionais identificassem os diagnósticos e problemas presentes e a questão prioritária, na concepção da prática deles, para iniciar a abordagem do caso. Após este debate era solicitado que a equipe identificasse as intervenções necessárias e o plano terapêutico que seria proposto. Este debate permitiu identificar o desempenho da equipe na resolução de um caso geriátrico, além de expor a integração, iniciativa e participação de cada profissional dentro do arranjo da equipe.

### 7.3 - Análise de dados

Os dados descritivos foram organizados de forma a contextualizar as questões identificadas na análise dos demais. São apresentadas as análises de documentos, a descrição das observações do campo obtidas através do diário de campo, e das entrevistas com os gestores tanto estadual como dos municípios, buscando identificar as semelhanças e diferenças na percepção destes profissionais quanto à implantação da Estratégia em cada um dos locais pesquisados.

Os documentos utilizados na identificação de protocolos e rotinas para a atuação da AB em relação à saúde do idoso foram buscados no MS, sendo utilizados o Caderno de Atenção Básica e a Caderneta do Idoso, ambos, parte da política do Ministério da Saúde de 2006, a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) \_ Comitê temático Interdisciplinar (CTI): Saúde do Idoso (2005) e a Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2005).

O Fluxograma Descritor foi analisado na sua apresentação gráfica, buscando-se identificar o fluxo do processo de trabalho de forma a poder comparar com o relato da condução do caso pelos grupos focais desenvolvidos com as mesmas equipes.

Os resultados das Discussões de Caso foram analisados mediante contextualização e comparação, tendo como base a discussão do caso feita por especialista, procurando-se verificar a percepção dos profissionais acerca dos problemas presentes no caso e

compreender a operacionalização das condutas, buscando avaliar a identificação de risco e o manejo do conflito de interesses entre os membros da família e necessidades do paciente idoso.

A triangulação das técnicas de entrevista individual com os profissionais, construção de fluxograma e discussão de caso permitiu descortinar aspectos das condições de produção do cuidado decorrentes da significação e desempenho dos profissionais e equipes (apontando para a necessidade de desenvolvimento profissional associado à implementação de condições de trabalho adequadas).

O tratamento analítico dos dados de percepção dos profissionais, coletados nas entrevistas com estes, se baseou na análise de conteúdo. "... ferramenta que a partir da apreciação objetiva da mensagem, facilita o processo de inferências advindas das informações fornecidas pelo conteúdo da mensagem, ou o levantamento de premissas, a partir dos resultados do estudo" (BARDIN, 1977).

A análise de conteúdo se organiza em fases. Na primeira, as transcrições das entrevistas são organizadas e os indicadores identificados. Na segunda, o material é re-explorado sistematicamente para aceitar ou refutar hipótese analíticas iniciais. Na terceira, os resultados são trabalhados de modo que se tornem significativos de acordo com padrões inteligíveis.

Na exploração preliminar do material foi feita a sistematização através de codificação possibilitando a redução dos dados brutos do texto, permitindo obter uma representação dos principais componentes do conteúdo.

Na terceira fase os resultados foram agrupados em categorias de acordo com suas características comuns, permitindo assim estabelecer quadros de resultados. A interpretação e a inferência foram realizadas de modo coerente com os objetivos e referencial teórico que informou a análise.

Foi utilizado o programa de gerenciamento de dados textuais "LOGOS" (CAMARGO JR, 2000) para a análise das entrevistas. Este é um programa que organiza e recupera informações, facilitando a associação entre as categorias de análise e os trechos dos textos, neste caso a transcrição das entrevistas, agrupando-os.

As entrevistas, após a primeira leitura, foram agrupadas em: a) agentes comunitários de saúde; b) auxiliares de gabinete dentário e auxiliares de enfermagem; c) médicos, enfermeiras e odontóloga. Este agrupamento foi escolhido devido ao conteúdo identificado nas entrevistas, pois não foram observadas diferenças significativas entre municípios, observando-se maior correlação entre as categorias. No primeiro grupo se

encontram os profissionais que fazem a ligação da equipe com a comunidade, sendo deles a responsabilidade de cadastro e acompanhamento. Tratam-se, tipicamente, de pessoas que compartilham o mesmo *status* sócio-econômico com as famílias adscritas. No segundo grupo estão os profissionais de saúde de nível médio e no terceiro grupo os profissionais de nível superior. Através do uso do programa LOGOS, o texto das entrevistas foi agrupado novamente segundo os três grandes eixos do roteiro de entrevista: o trabalho no PSF, como o indivíduo percebe o seu trabalho com idosos, e o significado deste para ele.

Após este primeiro agrupamento foram identificados os temas para cada um dos grupos e em seguida as categorias dentro de cada tema. Foram selecionados, através do programa, os trechos das entrevistas relacionados a cada categoria e em seguida aos temas emergentes.

#### 7.4 - A Ameaça à Validade

A validade de um estudo depende da plausibilidade das conclusões obtidas frente ao mundo real. Não existe um método ou procedimento que exclua as ameaças à validade, cuja garantia depende, entre outros fatores, da coerência entre proposta e métodos da pesquisa (MAXWELL, 1996).

Maxwell (1996) sistematiza os três principais tipos de validade em pesquisas qualitativas\_ validade descritiva, interpretativa e teórica. Segundo este autor, no processo de descrição as principais ameaças decorrem da inacurácia do registro ou restrição no volume dos dados. Isto é parcialmente resolvido pelo uso da gravação e a transcrição do diálogo, como foi o caso no presente estudo. Na interpretação, ameaças advêm da imposição de significados pelo pesquisador, sem a devida atenção à compreensão do significado atribuído aos fenômenos pelos envolvidos no mesmo. Isto é contemporizado com uma sistemática busca da compreensão de como os participantes atribuem sentidos aos fatos e da valorização dos termos que os participantes usam para nomear as pectos de sua situação. Na ação de teorizar ameaças decorrem da não observância de dados discrepantes ou hipóteses alternativas de interpretação dos fenômenos. Duas são as causas principais de ameaças à validade teórica: o preconceito do pesquisador na seleção de dados, valorizando apenas aqueles que comprovam suas premissas e/ou secundarizando os que contradizem as teorias prévias.

Como a inexistência de idéias prévias não é possível, é importante explicar as idéias do pesquisador e como este irá lidar com elas no processo de trabalho. No caso desta

pesquisa, a idéia inicial sobre os conteúdos necessários à capacitação dos profissionais da ESF, principalmente médicos foi gradualmente sendo contextualizada pelo processo e condições de trabalho dos profissionais, descortinando um status distinto e causas distintas para um desempenho por vezes considerado não adequado.

Existe uma reatividade ou a influência do pesquisador no campo que não pode ser ignorada, mas compreendida de forma produtiva. Esta é maior nas entrevistas onde o que o informante fala pode ser entendido como em função do que este acha que o entrevistador espera e da situação da entrevista e não seu pensamento. A questão está em compreender como o pesquisador está influenciando o informante e como isto afeta as inferências que podem ser obtidas da entrevista.

O fato do pesquisador, neste caso, ter uma linguagem semelhante e trabalhar com o mesmo sistema simbólico dos profissionais médicos, facilita a comunicação com estes profissionais e a interação inicial, porém, mesmo para estes, o entrevistador representa um conhecimento distinto, o do especialista e do pesquisador, podendo ser visto como ameaçador e afastado da realidade prática destes profissionais. Já para os demais membros da equipe, usuários, famílias e comunidade, o entrevistador detém um sistema distinto de pensamento que pode não ter maneira de ser traduzido sem perdas (incomensurabilidade) ou pode mostrar várias possibilidades de tradução (indeterminação). Porém o mais relevante é a comunicação da forma de pensar, é compreender aprendendo a raciocinar, reconhecendo novas possibilidades para a verdade/falsidade.

A fim de garantir a confiabilidade nas entrevistas tanto individuais como em grupo, o pesquisador buscou participar de reuniões rotineiras com as equipes antes do início das entrevistas de forma a poder explicar o trabalho, se apresentar e apresentar as assistentes de pesquisa, responder às dúvidas e questões colocadas por todos os participantes deixando clara a idéia de que não havia um juízo de valor nas práticas realizadas, mas uma necessidade de compreender, através do olhar deles, os cenários e questões que influenciavam esta. Esta abordagem foi recebida de forma positiva pelas equipes sendo inclusive lembrado em uma delas, que seria importante que os gestores trabalhassem deste modo. Também a presença das auxiliares foi discutida, sendo encaminhada a idéia de que a responsabilidade sobre o processo da pesquisa não era delas, devendo qualquer situação ser reportada ao pesquisador, que de modo geral esteve sempre presente no momento das entrevistas.

A avaliação da validade pode ser feita por vários métodos como o *modus operandi*, onde se busca incansavelmente explicações alternativas; a busca de casos negativos ou

discrepantes, onde o pesquisador deve analisar tanto os casos discrepantes como os casos concordantes; a triangulação, onde o uso de várias técnicas reduz o risco de associações viciosas; e a solicitação de realimentação entre outros. Neste trabalho foi utilizada a técnica de triangulação de várias técnicas e tipos de dados como método de avaliação da validade.

#### 7.5 - Operacionalização do Trabalho de Campo

O projeto que deu origem a presente pesquisa foi apresentado ao Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) -- Edital MCT/CNPq/MS-DAB/SAS nº. 49/2005 - Pesquisas Avaliativas em Atenção Básica à Saúde/ Apoio a Tese de Doutorado -- tendo sido aprovado para financiamento sob o nº. de processo 401913/2005-8. A equipe de pesquisa foi composta por Adriana Cavalcanti de Aguiar, orientadora da tese, Luciana B. Motta, doutoranda, e três bolsistas da graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Rio de Janeiro (UERJ) que trabalharam como auxiliares de pesquisa.

As entrevistas com os gestores municipais e estadual foram feitas pela autora, assim como a totalidade das entrevistas junto aos profissionais de nível superior, e algumas com os auxiliares e agentes de saúde. As bolsistas realizaram a maioria das entrevistas com os auxiliares e agentes. Os grupos focais foram realizados pela autora, com apoio das bolsistas. Estas também aplicaram os questionários de pré-teste junto aos idosos e participaram do pré-teste do questionário com os profissionais.

O trabalho de campo baseou-se no planejamento e elaboração dos instrumentos e seus manuais e treinamento da equipe de bolsistas. Foram elaborados diferentes roteiros semi-estruturados utilizados junto ao gestor estadual, os três gestores municipais, os profissionais das equipes e os idosos, sendo os dois últimos instrumentos componentes do treinamento das bolsistas, realizado em março de 2006.

Foi realizado pré-teste de instrumento em uma Unidade de Saúde da Família no Rio de Janeiro, com a aplicação junto a duas médicas, uma agente de saúde e uma auxiliar de enfermagem, tendo sido discutidas as dificuldades encontradas e feitos os ajustes considerados importantes. O questionário utilizado junto aos idosos foi testado em um grupo de 30 pessoas, residentes em um dos municípios, para posterior ajuste. Após o término da elaboração dos instrumentos o projeto foi apresentado à Comissão de Ética da Universidade do Estado do Rio de Janeiro para aprovação, que ocorreu em 16 de maio de 2006.

O trabalho de campo se operacionalizou em três “módulos”. No primeiro, foi realizada entrevista com o gestor estadual e gestores municipais. No segundo, aplicado roteiro semi-estruturado a todos os profissionais das equipes de saúde da família selecionadas, num total de 54 entrevistas. No terceiro, a execução dos grupos focais que incluíram o fluxograma descritor do processo de trabalho e a discussão com as equipes selecionadas de caso-problema enfocando a atenção ao idoso. Os municípios foram abordados segundo estes módulos separadamente, tendo sido iniciado o trabalho em Engenheiro Paulo de Frontin em Julho de 2006, no Rio de Janeiro em Outubro de 2006 e em Itaboraí em Janeiro de 2007, havendo momentos de superposição do trabalho entre os municípios.

#### *Primeiro módulo: Entrevistas com os Gestores*

O roteiro aplicado ao Gestor Estadual e aos Gestores Municipais dos municípios escolhidos buscou informações sobre a Estratégia no Estado do Rio de Janeiro e municípios: cobertura, metas estabelecidas e sua avaliação, indicadores de saúde na população geral e na população idosa, protocolos e rotinas utilizadas, programas de capacitação para os profissionais e seu conteúdo.

Na identificação das equipes em cada município, foi verificado o local de trabalho, suas características sócio-econômicas e culturais, padrão epidemiológico e de indicadores de saúde, composição da equipe. O tempo de implantação destas equipes nas suas comunidades foi um importante fator na sua escolha, pois equipes recém constituída presumivelmente não oferecem um campo de observação estruturado. Foram escolhidas duas equipes por município, sendo iniciado o trabalho com a apresentação do entrevistador e autorização pela equipe, estabelecimento dos horários para o trabalho. Em todos os municípios está acertada a volta para a discussão com as equipes e gestores dos resultados após a finalização do trabalho.

#### *Segundo Módulo: Entrevistas com profissionais das equipes selecionadas*

Este roteiro de entrevista foi aplicado a todos os profissionais das equipes selecionadas: os médicos, os enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde das equipes. O roteiro semi-estruturado teve por objetivo identificar as percepções dos profissionais sobre as condições de trabalho, atenção ao idoso e formação individual. Os temas identificados por Protti (2002), que estudou a atenção aos idosos na percepção da equipe do PSF, foram utilizados na construção deste roteiro.

O primeiro município investigado foi o de Engenheiro Paulo de Frontin. Na entrevista com o Secretário de Saúde, este demonstrou pronto interesse pelo trabalho e com suas possíveis conseqüências para a melhora no atendimento aos idosos do município. A autora foi apresentada à coordenadora da Atenção Básica que identificou as equipes segundo critério de tempo de implantação e trabalho conjunto e fez as apresentações aos coordenadores das equipes. Estas foram muito acessíveis e demonstraram interesse pelo tema. Neste município, como a fixação do profissional médico é muito baixa, o trabalho é capitaniado pelas enfermeiras.

O Rio de Janeiro foi o segundo município a ser visitado. Após a aprovação no Comitê de Ética da SMSRJ, foi feita a entrevista com o gestor da Atenção Básica, sendo escolhidas as equipes da Cancela Preta (Cancelinha) em Bangu e Anil 2 em Jacarepaguá. As equipes foram escolhidas pelo tempo de atuação nas comunidades, sendo excluídas da escolha unidades em área de risco. Na equipe, onde a médica é tão antiga quanto a enfermeira, cabe a ela o papel de articuladora do trabalho. Já na equipe onde a médica era recém-chegada, a enfermeira assumia este papel.

Após esta primeira rodada de entrevistas, foi identificada a necessidade de esclarecer junto aos médicos quais as ações de rotina na prevenção de agravos em geriatria e os critérios para referência os especialistas para os quais eles mais encaminham na prática. A motivação foi identificar na prática cotidiana as ações de prevenção e promoção, preconizadas para atuação da atenção básica no atendimento aos idosos e as características do processo de trabalho que facilitava ou não estas ações.

Assim, Paulo de Frontin foi visitado mais uma vez para complementar as entrevistas. Como um dos médicos entrevistados havia se desligado do município, a nova médica da equipe foi entrevistada, ficando com três entrevistas médicas neste município. A equipe da Cancelinha também foi visitada para complementar a entrevista.

Em Itaboraí, após reunião com a Secretária de Saúde, que também se mostrou interessada nas conclusões da pesquisa na atenção ao idoso no município, a gestora da Atenção Básica foi entrevistada e foram escolhidas as equipes, sendo uma urbana e uma em área rural, seguindo o critério de tempo de ação na comunidade.

O material das entrevistas é composto por profissionais de nível superior, médicos, enfermeiros e odontólogo; e de nível médio, auxiliares de enfermagem, auxiliares de gabinete dentário e agentes comunitários de saúde, com a seguinte distribuição (Tabela 7):

**Tabela 7: Distribuição dos profissionais nas equipes selecionadas**

	EPF	RJ	Itaboraí
Agente comunitário de saúde	11	9	10
médico	3	2	2
enfermeira	2	2	
odontólogo	1		
auxiliar enfermagem	4	3	2
auxiliar de gabinete dentário	2		

Os profissionais de enfermagem em Itaboraí estavam em férias no momento da pesquisa.

### *Terceiro módulo: Grupos Focais*

#### a) Fluxograma Descritor

Foi apresentado ao grupo o exercício de se criar o fluxograma descritor das ações da equipe com a seguinte pergunta: o Senhor X se mudou para cá, como ele consegue ser atendido pela unidade? Como se dá este processo? Como são realizadas as referências para os demais níveis de atenção, especialistas e exames? Como se dá o processo de internação a partir da unidade? Estes trabalhos foram realizados em grupos focais com a participação de todos, sendo criado junto com a equipe o material visual com o resultado das discussões. Este material foi posteriormente transcrito para Power Point ou Word 2003.

#### b) Discussão de Caso-Problema

O caso foi criado a partir da experiência de um ambulatório de geriatria. Este trazia no seu interior questões importantes para o cuidado de um idoso fragilizado, representando um usuário com questões já vistas por todas as equipes. Foi criada uma resposta baseada na experiência do especialista e de uma equipe treinada. Esta resposta foi confrontada com as respostas e posicionamento obtido na discussão das equipes de saúde da família.

Foi dado às equipes e gestores o compromisso de apresentação dos resultados que será feita após o término do trabalho, com as equipes e gestores buscando discutir suas avaliações sobre os dados relevantes.

## CAPÍTULO 8 - Resultados

### 8.1 - Análise Documental

*Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) \_ Comitê temático Interdisciplinar (CTI): Saúde do Idoso (2005)*

No envelhecimento populacional, a maior ocorrência de doenças e incapacidades, com conseqüente aumento do uso de serviços sociais e de saúde, e o fato de que as inúmeras incapacidades poderem ser prevenidas em todos os seus níveis, trazem a necessidade de se ter indicadores específicos para esta população, que permitam um planejamento mais adequado das demandas. Esta comissão reuniu-se com o objetivo de identificar e apreciar as fontes de informação aplicáveis aos principais problemas e agravos que acometem a população idosa brasileira, e que demandam ações de controle desenvolvidas em âmbito nacional. Também analisaram os diversos sistemas de informação e bases de dados nacionais, identificando suas dificuldades e potencialidades para o estudo do tema.

Os indicadores apontados para trabalhar a saúde do idoso foram divididos em três categorias. A) *Aspectos sócio-econômicos e demográficos assim como apoio social*: número e proporção de indivíduos com 60 anos ou mais, esperança de vida aos 60 anos, índice de envelhecimento, taxa de analfabetismo entre os habitantes com 60 anos ou mais, proporção de pobres<sup>18</sup>, proporção de idosos residindo em domicílios chefiados por outro parente (exceto cônjuge) ou como agregado. B) *Condições de saúde*: condições de saúde e capacidade funcional (interrupção das atividades rotineiras por problemas de saúde em tempos recentes e limitações de algumas AVD como alimentar/tomar banho e ou ir ao banheiro) e mortalidade (taxa específica de mortalidade aos 60 ou mais anos, taxa de mortalidade por doença cerebrovasculares, por Infarto Agudo do Miocárdio, por neoplasias malignas, por diabetes mellitus, por pneumonia, por quedas e por atropelamento). C) *Usos de serviços de saúde*: número de consultas médicas nos últimos 12 meses, tempo decorrido após a última visita ao dentista, filiação a plano de saúde, proporção de hospitalização na rede SUS e a proporção de idosos na população brasileira (tempo médio de permanência hospitalar). Foi considerado necessário desagregar por faixas etárias 60 ou mais, 60 a 69, 70 a 79 e 80 ou mais, por sexo e por regiões do país, assim como ser acrescentado a auto-

---

<sup>18</sup> Proporção de indivíduos com 60 anos ou mais em uso de benefício social

avaliação em saúde, pois este é um preditor consistente da mortalidade e incapacidade física na população idosa.

A capacidade funcional é um dos principais componentes da saúde do idoso e tem sido importante para a formulação de novos conceitos de saúde, como "expectativa de vida ativa", como já discutido anteriormente. Analisar suas variações, identificando tendências e situações de desigualdade permitem subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações. A interrupção das atividades rotineiras, devido a mudanças recentes nas condições de saúde, é uma medida das condições gerais de saúde importante para o planejamento e monitoramento das ações. Assim, é fundamental que se tenham indicadores para serem utilizados, pela ESF, na identificação do usuário de risco de fragilização e perda funcional e que estes indicadores façam parte do sistema de informação, a fim de instruir as políticas públicas e a gestão local na determinação das prioridades nas ações para a população adscrita.

*Caderneta do Idoso (BRASIL, 2006).*

A Caderneta do Idoso foi criada com o intuito de organizar as informações sobre o indivíduo acima de 60 anos, de forma a possibilitar o acompanhamento longitudinal, com identificação periódica de condições que possam interferir na sua qualidade de vida. Ela permite a operacionalização da PNSPI, no que tange a identificação do indivíduo frágil ou em risco de fragilidade, de forma a favorecer as ações específicas de abordagem e prevenção. Para isto, no seu manual, este indivíduo é definido como tendo acima de 75 anos, morar só ou já receber algum tipo de cuidado, que considera o seu estado de saúde como ruim ou muito ruim, que relata ser portador de cinco ou mais doenças, que utiliza cinco ou mais medicamentos, que refere um ou mais internações no período de um ano, ou dois ou mais quedas no mesmo ano. Pela orientação do manual da caderneta, os indivíduos caracterizados com pelo menos um destes itens como positivo, deverão ser encaminhados para a Unidade de Saúde para uma avaliação mais detalhada. Estes são indicadores utilizados, principalmente pelos ACS, na identificação do risco e encaminhamento à UBS. O registro deve ser contínuo, pois mudanças e o aparecimento de novas situações são constantes, sendo um desafio para o processo de trabalho. Outra questão importante a ser discutida é como esta informação será trabalhada, a fim de reverter em mudanças para a prática, tanto dentro da equipe, como no nível central. Também, os profissionais já relatam excesso de trabalho burocrático a ser cumprido, assim, a Caderneta não pode se

transformar em mais um documento para ocupar tempo. Os profissionais têm que identificar a validade e a contribuição destas informações para suas práticas.

*Cadernos de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde do Idoso* (BRASIL, 2006).

Este Caderno tem por objetivo subsidiar tecnicamente os profissionais da Atenção Básica na Atenção ao Idoso. Nele, a Capacidade Funcional e a sua avaliação são colocadas como essenciais para o diagnóstico e planejamento das intervenções necessárias a esta população. A Atenção Básica/Saúde da Família deve proceder a um processo multidimensional de diagnóstico, que inclui a família e a rede de suporte social do indivíduo. Baseado no princípio da territorialização, a equipe de SF é responsável pelo acompanhamento de idosos em institucionalizados, assim como pelos acamados ou incapacitados para se locomover até a UBS.

São apresentadas informações sobre promoção de hábitos saudáveis, comunicação com a pessoa idosa e a avaliação global da pessoa idosa na atenção básica que contempla: alimentação e nutrição, acuidade visual e auditiva, incontinência urinária, sexualidade, vacinação, avaliação cognitiva, depressão, mobilidade, quedas e avaliação funcional, avaliação familiar e de suporte social. É apresentada uma Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa compreendendo os itens citados acima, com desdobramentos de acordo com as informações adquiridas, que incluem a aplicação de escalas clássicas da geriatria e os encaminhamentos possíveis na medida em que são identificados problemas.

Os Cadernos de Atenção contém uma discussão teórica ampla sobre a prática em geriatria, porém, deve-se considerar que os profissionais ainda não estão capacitados para lidar com esta lógica de abordagem. Mais do que identificar, é fundamental saber o que fazer com o problema identificado, e ter a possibilidade de contar com os meios que garantam a sua resolutividade. O Caderno e seu conteúdo tornam-se vazios sem a devida integração da rede. Em um cenário de excesso de trabalho e de famílias adscritas, o atendimento aos idosos, dentro da concepção da Avaliação Funcional, pode se tornar inexecutável, principalmente se não for acompanhado por suporte de outros serviços assistenciais.

*Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família* (BRASIL, 2005).

Esta proposta visa à consolidação da Política de Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica, a partir da adesão voluntária dos municípios. Ela se baseia numa metodologia de auto-avaliação e autogestão dirigida aos diversos atores, desde o gestor até as equipes e orienta a identificação do diagnóstico acerca do processo de trabalho. Esta proposta integra o componente III do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). Em relação à saúde do idoso é proposta uma avaliação baseada nos seguintes itens: registro atualizado dos idosos da área, incluindo situação clínica, acamado, atualizado mensalmente; cobertura vacinal dos idosos; exame da cavidade oral como rotina para esta população, estabelecimento de ações sistemáticas para o acompanhamento dos idosos na UBS; execução sistemática do exame de superfície corporal na busca de tumores de pele; execução de intervenções junto às famílias, incluindo a capacitação dos cuidadores familiares; desenvolvimento de intervenções para a detecção precoce de demências.

Estas iniciativas do MS traduzem uma preocupação com a atenção ao idoso, compreendem que esta é uma questão prioritária, imposta pela transição demográfica e epidemiológica no Brasil. Porém, ao se observar seus conteúdos, pode-se identificar a falta de integração entre as iniciativas, e destas com a prática da ESF e de suas equipes, além da pouca interlocução com a rede de saúde, e da criação de um trabalho realmente intersetorial que possa dar conta deste desafio. Mesmo o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2008), como já dito, é uma iniciativa que vem para tentar fazer esta costura, porém, não traz no seu texto a preocupação com a atenção ao idoso.

## 8.2 - Entrevistas com o Gestor Estadual e Gestores Municipais

O roteiro de entrevista com os gestores foi baseado em questões acerca do trabalho das respectivas Coordenações, a implantação da estratégia nos municípios, dificuldades para o desenvolvimento do trabalho, estratégias de monitoramento e avaliação, indicadores, organização da rede e recursos humanos.

### *A) O Gestor Estadual*

A Coordenação Estadual do PACS/PSF no Estado do Rio de Janeiro, por ocasião da entrevista, vinha sendo exercida pela mesma médica há cerca de quatro anos. Na sua avaliação, as ações desenvolvidas pela coordenação se caracterizam pelo apoio à implantação de projetos, assessoria para definição de editais e troca de experiências. O controle e a avaliação são feitos por outra instância da SESDEC-RJ, e a seleção/contratação dos profissionais fica a cargo dos municípios.

O Estado não tem diretrizes próprias, adotando aquelas do Ministério da Saúde (MS). Não participa do financiamento da estratégia, o que restringe sua ingerência junto às Secretarias Municipais de Saúde. Em sua análise, ela cita problemas como: a pouca adesão aos processos de capacitação e a rotatividade dos profissionais, principalmente médicos, a fraca capacitação trazida por estes da sua graduação para atuarem na atenção primária. A inserção da Estratégia em municípios onde a Atenção Primária está consolidada no modelo de Centro de Saúde é caracterizada pelo desafio da mudança de paradigma na proposta de trabalho e pela competição por financiamento. Também a dificuldade de entendimento do que seja a ESF, inclusive pelos gestores, implica em uma adesão precária e frágil incorporação das mudanças propostas pela estratégia para o modelo assistencial, de trabalho e gestão.

A pouca integração da atenção primária junto aos demais níveis assistenciais dificulta a resolutividade, pois, por exemplo, a este profissional muitas vezes não é permitido solicitar exames, usar receituário controlado, obrigando o encaminhamento para o especialista.

Mesmo na Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil (SESDEC) não há interação entre o Programa Estadual de Envelhecimento e Curso de Vida e a coordenação do PACS/PSF. A Estratégia é centrada nas ações programáticas preconizadas pelo MS, como o Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e mesmo estes programas não interagem junto a esta coordenação.

A educação em saúde é considerada pela coordenadora do PACS/PSF como um solo fértil para a atuação da atenção primária, pois, permite um trabalho junto às comunidades na prevenção dos principais agravos identificados segundo suas especificidades. Porém, para esta coordenação, a educação em saúde é um instrumento não utilizado pela estratégia, em todo seu potencial, na intervenção para a melhoria da qualidade de vida das comunidades.

## B) *Os Gestores Municipais*

As entrevistas com os gestores municipais da Estratégia de Saúde da Família apresentam similaridades, apesar das marcantes diferenças entre os municípios. Problemas como a rotatividade dos profissionais, principalmente dos médicos, a dificuldade de conseguir profissionais com perfil adequado e apto para atuarem na estratégia, e que conheçam as suas propostas são comuns aos três municípios. Há uma pouca integração entre os componentes da rede de saúde, havendo dificuldade de acesso dos usuários à média complexidade e aos exames complementares. A dificuldade de preenchimento dos formulários de referência e contra-referência pelos profissionais também surge como um fator de restrição para a integração do cuidado, inclusive ao idoso.

A Coordenadora de Engenheiro Paulo de Frontin observou que a SF melhorou a assistência vacinal e materno-infantil. Salientou que os indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) utilizados não são específicos para questões relacionadas ao envelhecimento, não havendo detalhamento dos usuários de 60 anos ou mais. Entende que as equipes têm liberdade para o planejamento de suas ações, embora reuniões de equipe regulares ainda não tenham sido absorvidas como algo rotineiro para o bom desenvolvimento do trabalho. As distâncias existentes entre os serviços dentro do município, pelo fato de ser um município rural, as dificuldades sócio-econômicas e de transporte foram citadas como fatores dificultadores do trabalho da ESF. O município utiliza no atendimento uma ficha simples com a identificação do usuário e descrição do problema que motivou a consulta, não sendo levantados dados acerca de questões próprias do envelhecimento quando no atendimento à usuários idosos.

A Coordenadora de Itaboraí salientou a importância do agente comunitário de saúde como elemento de ligação com a comunidade. Porém, ressaltou a diferença em relação aos demais profissionais, que são concursados, enquanto os ACS são contratados de forma precária. Este fato decorre do impedimento de estabelecer, nos editais de concurso, que o candidato tem que residir em determinada área geográfica. O atendimento da demanda espontânea é considerado um desafio devido à dificuldade de acesso mesmo para os usuários cadastrados, o que perpetua a busca do atendimento hospitalar e nas emergências. As instalações físicas das unidades não são adequadas devido ao fato das unidades estarem alocadas em locais precários. Avalia que o aporte de recursos é insuficiente para a plena implantação da estratégia, cujo início ocorreu em paralelo com o estabelecimento da rede secundária de atenção, até então frágil e centralizada. As fichas de

cadastro utilizadas contém os dados do SIAB, tendo a ficha de atendimento da UBS somente os dados referentes à identificação, imunização e atendimento realizado.

As representantes da gestão da ESF no Município do Rio de Janeiro enfatizaram a importância do trabalho das equipes e principalmente dos agentes comunitários para as comunidades. Uma dificuldade apontada é a violência urbana, além do alto custo para a implantação da estratégia num município deste porte. A falta de clareza acerca da proposta da Saúde da Família é apontada como um dos motivos para a relação conturbada com os Conselhos Distritais de Saúde, onde ainda é solicitada a prática assistencial baseada em atenção hospitalar e de emergência. Salientaram a importância dos indicadores para o planejamento das ações segundo o diagnóstico da população adscrita e a importância e desafio que representa a autogestão pela equipe destes dados, pois esta não é uma prática habitual, nem clara, para os profissionais, os quais não são capacitados para trabalhar dentro desta premissa.

Apesar da baixa cobertura da ESF, o Município do Rio de Janeiro apresenta uma grande complexidade de organização administrativa. Em cada área programática (AP) existe um coordenador de área, um supervisor operacional e um Grupo de Apoio Técnico (GAT), composto por profissionais das diversas áreas da saúde como clínico, pediatra, ginecologista, assistente social ou psicólogo, enfermeira, sanitarista, visando a garantir o acompanhamento e a interconsulta. O planejamento da implantação no município segue a priorização de áreas de “vazio sanitário” e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo, daí a concentração de equipes na Zona Oeste da cidade. Segundo a Coordenadora está sendo desenvolvido um protocolo de cadastro que contemple questões de saúde particulares como as da população idosa.

### 8.3 - A Descrição do Campo

Em seguida são apresentadas as principais características e descrição das unidades e das equipes que participaram do estudo, obtidas mediante as entrevistas, as visitas para a apresentação do trabalho e do pesquisador e acerto dos horários, a participação em reuniões habituais das equipes e em reuniões onde foram desenvolvidos os trabalhos de Fluxograma e Discussão de Caso.

A) *Município de Engenheiro Paulo de Frontin*

Equipe A1

O posto está localizado numa casa adaptada, numa ladeira próxima ao centro da cidade, num bairro chamado Novo Rodeio, tendo somente uma equipe. É arrumado e limpo, sendo composto de recepção com sala de espera, dois consultórios, consultório dentário, copa-cozinha e sala para entrega de medicação e varanda. Os profissionais demonstraram interesse na presente pesquisa, fornecendo as informações solicitadas. Sua agenda se organiza a partir da agenda médica, sendo a programação feita pela enfermeira que coordena a unidade. O horário discriminado como “atendimento ao idoso” não apresenta nenhum trabalho diferenciado (Tabela 8). Os ACS fazem visitas mensais e os auxiliares são responsáveis pelos curativos e cuidados em domicílio. É realizado trabalho em grupo com diabéticos e hipertensos mensalmente. De acordo com dados do SIAB de 2006, fornecidos pela SMS de Engenheiro Paulo de Frontin, esta equipe tem cadastrado 762 famílias com 368 indivíduos acima de 60 anos no total de 2271 pessoas. São informados 4,14 % de diabéticos e 17,96 % de hipertensos, acompanhados, nos acima de 15 anos, neste grupo.

**Tabela 8: Agenda da Equipe A1**

	segunda	Terça	Quarta	Quinta	sexta
<b>Manhã</b>	Atendimento ao adulto e idoso	Atendimento HA	Atendimento HA	Atendimento HA	Atendimento ao adulto e idoso
<b>Tarde</b>	Atendimento à mulher	VD odonto	VD médico	Atendimento DM	VD enfermagem

HA: hipertensão arterial / VD: visita domiciliar / DM: diabetes mellitus

Equipe A2

O posto fica na beira da estrada que dá acesso à cidade. É uma casa adaptada, com uma varanda interna, uma recepção, dois consultórios, sala de dispensação de medicação, e uma copa-cozinha. Os profissionais receberam as pesquisadoras de forma interessada e prestativa. A agenda também se organiza a partir do trabalho médico, não havendo horário fixo de reunião da equipe (Tabela 9). Os trabalhos em grupo se realizam dentro dos programas de hipertensão e diabetes. Não existem reuniões de equipe regular.

Segundo dados do SIAB 2006, fornecidos pela Coordenação, são 811 famílias cadastradas com 324 indivíduos de 60 anos ou mais, sendo o total de 2701 indivíduos. São informados 3,67% de diabéticos e 14,95 % de hipertenso, acompanhados, nos acima de 15 anos.

**Tabela 9: Agenda da Equipe A2**

	segunda	Terça	quarta	quinta	sexta
<b>Manhã</b>	Puericultura Atendimento ao adolescente	VD  Atendimento HA	Atendimento DM	Atendimento HA	Atendimento usuário
<b>Tarde</b>	Atendimento à mulher	Atendimento à mulher	Clínica médica	VD	Atendimento usuário

HA: hipertensão arterial / VD: visita domiciliar / DM: diabetes mellitus

Os médicos, pela pouca inserção devido ao pouco tempo na equipe, ficam à parte do processo de organização do trabalho deixando para as enfermeiras a responsabilidade sobre o trabalho desenvolvido. Isto pode ser observado no trabalho de construção do fluxograma e na discussão de caso, onde a participação dos profissionais médicos exteriorizou sua pouca integração à equipe.

### B) Município do Rio de Janeiro

#### Equipe B3

No local onde foi instalada a UBS, havia uma cancela preta que permitia a passagem para os sítios locais. A expansão da comunidade local ocorreu em 1969/70, sendo posteriormente solicitado pela Associação de Moradores a instalação de uma unidade de saúde ([www.saude.rio.rj.gov.br](http://www.saude.rio.rj.gov.br), Saúde da Família/História das Comunidades. acesso em 20/12/2007).

A unidade abriga duas equipes de SF, com a presença da Odontologia. A unidade situa-se na zona oeste da cidade, em Bangu, num bairro popular com muitas casas, em uma rua larga, e funciona numa casa adaptada. A sala de espera fica no lado externo à recepção, tendo um bom espaço, com varanda nos fundos. A unidade parece organizada e oferece boas condições de trabalho. Apesar de a equipe, de modo geral, já trabalhar junto há alguns anos, a médica havia se inserido há poucos meses. Ela demonstrou um bom entrosamento

com a equipe, e deixou claro que ainda estava aprendendo muito, e que a enfermeira estava sendo um grande apoio para ela neste começo. Nesta equipe, também ficou claro o trabalho da enfermeira em capitanear as atividades e capacitar os ACS. São realizados grupos de hipertensão, diabetes, planejamento familiar, com grande participação dos ACS. É realizado um grupo semanal para idosos, onde é estimulada a atividade física e a integração social, o que é facilitado pelo fato da enfermeira ser formada em educação física. O horário de reunião é marcado, com a participação de todos no planejamento das atividades e discussão de casos (Tabela 10). Existem reuniões conjuntas com as duas equipes da unidade regularmente.

Segundo dados do SIAB 2006, fornecidos pela Coordenação, a equipe tem 890 famílias e 3594 indivíduos acompanhados, é informado acompanhamento de 70,35% dos diabéticos e 68,63 % dos hipertensos. Foram realizadas, em 2006, 319 consultas em indivíduos com 60 anos ou mais, 146 visitas domiciliares realizadas por médicos e 198 por enfermeira e 6356 por ACS, numa média de 0,62 visitas/família.

**Tabela 10: Agenda da Equipe B3**

	segunda	terça	quarta	quinta	Sexta
<b>Manhã</b>					
	Reunião	VD enfermeira	Grupo idoso	Preventivo enfermagem	Puericultura
	Consulta Médica	Consulta médica	Consulta médica	Consulta médica	consultas médica enfermagem
<b>Tarde</b>					
	VD enfermagem	VD médica	Pré-Natal/puérperas	Grupo puérperas e planejamento familiar	VD médica
	consulta médica	Consulta enfermagem	Consultas de med/enfermagem	Reunião equipes da unidade	enfermagem

VD: visita domiciliar

#### Equipe B4

Situa-se em uma comunidade de baixa renda em Jacarepaguá, cortada pelo Canal do Anil, o qual recebe dejetos de esgoto e lixo. Após as enchentes ocorridas em 1996 foi instalado um Posto de Saúde na comunidade, coordenado pela Associação das Agentes Educadoras Comunitárias da Saúde. Estas agentes eram treinadas e supervisionadas por uma enfermeira missionária religiosa ([www.saude.rio.rj.gov.br](http://www.saude.rio.rj.gov.br), Saúde da Família/História

das Comunidades. acesso em 20/12/2007). A unidade municipal existe desde 1998, sendo mantida por uma parceria entre uma ONG e a SMS, sendo a primeira responsável pela contratação dos profissionais.

Segundo um profissional da equipe, a principal liderança da ONG, natural dos Estados Unidos, está no local desde antes de sua inauguração, há mais de 10 anos, trabalhando com esta comunidade. Todos se referem ao evento da grande inundação ocorrida em 1996, como o início do trabalho da ONG e da inserção de muitos dos profissionais, da ESF atuais, como agentes educadores. Muitos destes profissionais, ao longo deste tempo, foram se capacitando e mesmo graduando-se na área de saúde.

O local seria menos afetado pela violência urbana em função da presença da “polícia mineira”. Esta é composta por indivíduos que mantêm a ordem no local cobrando um pedágio de segurança. É um local muito pobre, com ruas mal calçadas. O prédio do posto tem muitas escadas aparentemente sofrendo adaptação e expansão de acordo com a necessidade, sendo as interligações entre os espaços um tanto desordenadas.

A equipe desenvolve um trabalho chamado “Grupo Grande Família”, voltado para os idosos da comunidade. Este trabalho visa à inserção social destas pessoas. A unidade encontra-se sobrecarregada e aguarda a inclusão de mais uma equipe na UBS.

Segundo dados do SIAB 2006, fornecidos pela Coordenação, a equipe tem 1377 famílias e 4586 indivíduos acompanhados, sendo informado acompanhamento de 89,25% dos diabéticos e 87,59 % dos hipertensos. Foram realizadas, em 2006, 405 consultas em indivíduos com 60 anos ou mais, 311 visitas domiciliares realizadas por médicos e 335 por enfermeira e 13907 por ACS, numa média de 0,84 visitas/família.

### *C) Município de Itaboraí*

#### Equipe C5

Apesar de considerada pela gestão como uma unidade do centro do Município, a Aldeia da Prata fica longe do centro, numa área pobre, com ruas de chão de terra esburacado. Havia chovido e com isto havia muita lama na primeira visita feita. São duas equipes na unidade, tendo uma somente participado do trabalho. A unidade é instalada numa casa adaptada, com pouca condição de funcionamento das equipes. Não tem consultórios suficientes. Na sala, após a recepção, há biombos dividindo o espaço para o atendimento. A sala de espera fica do lado externo numa “garagem” coberta.

A equipe mantém uma reunião com a comunidade para a tomada de decisões importantes, como ter ou não triagem. Trabalham junto com a escola da comunidade em diversas atividades. Uma vez por mês é feito um trabalho itinerante nas ruas levando a equipe para atender junto à comunidade. Vários ACS estão estudando fazendo curso de técnico de enfermagem.

A agenda se organiza a partir do trabalho do médico e enfermeira, sendo realizados grupos com a comunidade (Tabela11). A reunião de equipe ocorre uma vez por semana, havendo reuniões conjuntas com as duas equipes regularmente. O médico capitaneia o trabalho, havendo um entendimento da importância da busca de uma integração com a comunidade, sendo discutido a operacionalização dos princípios da estratégia entre os profissionais.

Segundo dados do SIAB de 2006, fornecidos pela Coordenação, a equipe tem 432 usuários com 60 anos ou mais e um total de 4625 indivíduos cadastrados, sendo 1399 famílias acompanhadas pela equipe. São referidos 10,16 % de hipertensos e 2,17 % de diabéticos com 15 anos ou mais acompanhados.

**Tabela 11: Agenda da Equipe C5**

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
<b>Manhã</b>						
<b>Médico</b>	Triagem	Permuta*	Pré-natal	Permuta*	Clin. med	Grupo
<b>Enfermeira</b>	Triagem	Preventivo	Grupo HA/DM	Puericultura	TB/hansen Administ	
<b>Tarde</b>						
<b>Médico</b>	Clínica médica	Ped/clin. Med.	HA/DM/ Clin med	Reunião	Preventivo	
<b>Enfermeira</b>	Pré-natal	Puericultura/ped	VD	Reunião	Grupo gestante VD	

OBS: \* as atividades de sábado realizadas permitem uma folga na semana (permuta).

HA: hipertensão arterial/ DM: diabetes mellitus/ VD: visita domiciliar

### Equipe C6

A unidade situa-se na zona rural do município, longe do centro, numa área de baixa densidade demográfica e serviço de transporte precário. As ruas são de terra. A unidade tem uma única equipe instalada em uma casa com terreno amplo, com dois consultórios,

uma copa, sala para dispensar medicação e uma varanda. O local é muito quente, assim a unidade começa a trabalhar mais cedo e termina mais cedo para reduzir o calor. Muitos dos ACS utilizam bicicleta para se locomover devido às distâncias a serem percorridas, sendo o transporte e as longas distâncias considerados um problema para eles e para os usuários. De 7 às 08h30min a médica faz acolhimento, representado por um pronto-atendimento para triar as demandas espontâneas. É previsto um horário para “necessidades especiais” (Tabela 12), que se referem ao atendimento de idosos, a visitas domiciliares, sem marcação prévia, ou outras demandas não contempladas.

Segundo dados do SIAB de 2006, fornecidos pela Coordenação, a equipe tem 319 usuários com 60 anos ou mais e um total de 2765 indivíduos cadastrados, sendo 863 famílias acompanhadas pela equipe. São referidos 15,20 % de hipertensos e 3,39 % de diabéticos com 15 anos ou mais acompanhados.

**Tabela 12: Agenda da Equipe C6**

	enfermagem		médica	
	manhã	tarde	manhã	tarde
<b>Segunda</b>	administração	Pré-natal	HA/DM/ preventivo	Necessidade especial
<b>Terça</b>	Pré-natal	Puericultura	Consulta Adulto e criança	VD
<b>Quarta</b>	Pré-natal	puericultura	HA/DM	Necessidade especial
<b>Quinta</b>	VD	Reunião	Adulto criança	reunião
<b>Sexta</b>	HA/DM	Administração	Pré-natal Puericultura	Necessidade especial

Devido ao calor no local, o posto abre às 7h e trabalha até às 16hs.  
HA: hipertensão arterial/ DM: diabetes mellitus/ VD: visita domiciliar

#### 8.4 - O Fluxograma Descritor

A análise dos fluxogramas permitiu observar pontos de semelhança e de distinção entre os municípios, e mesmo entre unidades dentro de um único município. Cada equipe construiu um fluxograma para as ações na residência e na UBS de forma a facilitar o entendimento do processo de trabalho.

Em particular, destaca-se a importância do trabalho dos agentes comunitários na identificação, na vigilância e promoção de saúde e no acompanhamento dos usuários. É deles a função de conhecer, intermediar e acompanhar as famílias. A relação entre a equipe de saúde e os usuários é por eles garantida, tendo assim um papel fundamental na atenção à

saúde do idoso: *“eu nunca pensei que um ACS fosse tão importante. Como vou chegar a estas pessoas? São eles que têm o mapa da mina e vão te orientando para as necessidades dos usuários”* (médica).

Ao ACS cabe, também, a identificação dos usuários que necessitam de assistência domiciliar, o mapeamento dos que foram internados e que regressaram de uma internação hospitalar. Os critérios de inclusão para a assistência domiciliar são ditados pelas equipes, não havendo uma estruturação para o fluxo desta prática assistencial junto à rede SUS.

O acesso da população à UBS é facilitado em um município pequeno como Engenheiro Paulo de Frontin, com 100% de cobertura. Já em municípios maiores, com cobertura parcial, o acesso é priorizado pelas ações programáticas do Ministério, ficando os ACS novamente com o encargo de acompanhar a população que não se encaixa em um dos programas do MS.

A precariedade da rede do sistema de saúde é patente em todos os municípios, porém, em Engenheiro Paulo de Frontin, as relações entre as UBS e a Policlínica, Hospital e consórcio são, de alguma forma, facilitadas pela central de marcações da Secretaria Municipal de Saúde. No entanto, tanto na fala do gestor, como dos profissionais, emergem dificuldades de comunicação entre estes diversos níveis de atenção. O instrumento de referência e contra-referência não é utilizado corretamente, as informações não retornam para a UBS.

Esta questão se aprofunda em municípios maiores, com redes mais complexas. Observa-se relato dos profissionais sobre a baixa resolutividade do trabalho da Atenção Básica devido à falta de suporte para o desenvolvimento deste e a pouca interlocução com os níveis secundário e terciário. “O nosso **papel** perdeu o valor e os pacientes já perceberam isto. No PSF os profissionais estão atuando, mas a rede não funciona. Isto tira a credibilidade do trabalho” (médica). Este “papel” representa como os profissionais da ESF vêem seu trabalho junto à rede ou, este é um papel de referência, que não é levado em consideração nas outras instâncias assistenciais? Em ambas as situações, é perceptível um sentimento de desprestígio do médico junto aos seus pares, que atuam em outros níveis, e a noção de que isto fica claro para o usuário, comprometendo a credibilidade das ações da ESF. Na tentativa de resolver este entrave, os profissionais relatam utilizar seus contatos pessoais para conseguir exames ou consultas, ou mesmo encaminhamentos informais para outras unidades de saúde. Esta desarticulação da rede e o desconhecimento dos serviços de suporte ou retaguarda disponíveis, quando existentes, para encaminhamento, tornam o trabalho desgastante, comprometendo sua resolutividade.

O aumento do número de usuários na localidade adscrita também é um fator de dificuldade para o desempenho, pois obriga a uma triagem do usuário que terá seu acompanhamento garantido, os das ações programáticas do MS, ou com doenças clínicas mais graves. Esta sobrecarga de usuários a ser atendida é um fator dificultador para as práticas preventivas, pois fica a cargo do ACS acompanhar os usuários excedentes, agendar uma consulta, no caso de necessidade deste, numa prática curativa, cabendo ao ACS executar as ações preventivas e educativas.

Outra questão levantada pelos profissionais, principalmente de enfermagem, se refere ao excesso de burocracia inserido no trabalho. Existem muitos relatórios e planilhas a serem atualizados, o que consome parte do tempo disponível.

#### *Município de Engenheiro Paulo de Frontin*

A porta de entrada e cadastro é feita pelo agente comunitário de saúde, cujas ações incluem orientar quanto ao uso dos remédios prescritos e cuidados preventivos. Na visita de cadastro, ele verifica se tem ou não assistência, explica o trabalho do PSF, oferece e marca consulta na UBS, encaminha para o programa de HA ou DM se já tem este diagnóstico.

Os exames complementares não realizados no município são encaminhados para a SMS que marca os exames em um dos municípios do consórcio local, se responsabilizando pelo transporte do usuário. Todos os resultados de exames são entregues às UBS, que distribuem através dos ACS aos usuários em domicílio.

Quando há necessidade, os usuários podem ser referenciados para a Policlínica da SMS que oferece consulta nas seguintes especialidades: neurologia, otorrinolaringologia, ginecologia, ortopedia, cardiologia, pediatria, psicologia, psiquiatria, nutrição e dermatologia.

Em caso de necessidade de internação os usuários são referenciados para o hospital local, com transporte feito por ambulância municipal. Caso seu atendimento não possa ser feito pela unidade hospitalar do município, estes são encaminhados para hospitais de outros municípios do consórcio.

Os critérios de elegibilidade para atendimento domiciliar, pela enfermeira ou médico, se baseiam na falta de condução do usuário para comparecer a UBS, falta de apoio familiar, condições físicas e por solicitação. Para a enfermeira são orientadas as visitas dos usuários “mais rebeldes” e famílias com problemas. Para os auxiliares de enfermagem cabe

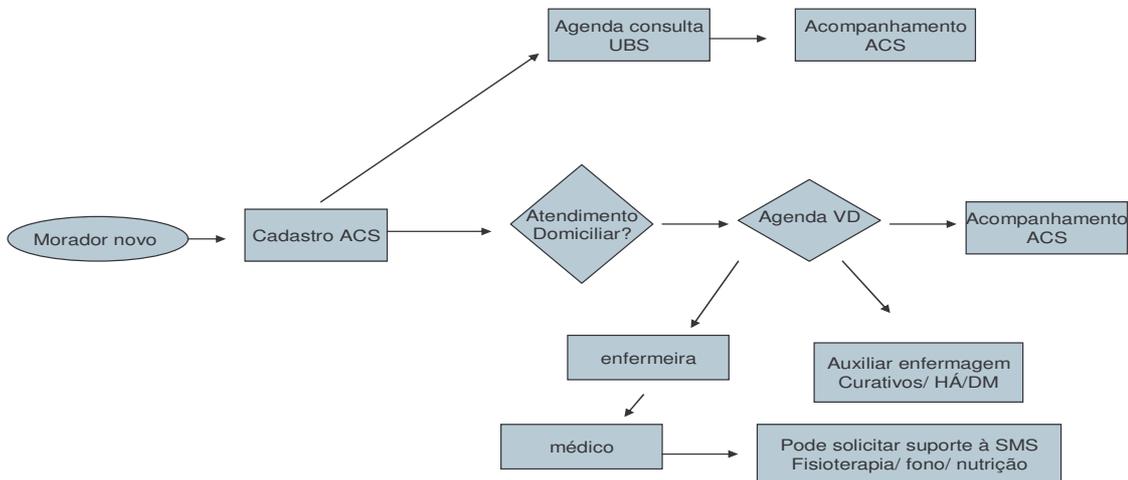
acompanhar a evolução de casos de HA e DM e fazer curativos. O apoio das demais áreas como fisioterapia, nutrição e serviço social é precário.

Observa-se que a informação é centralizada no ACS, que a troca dos médicos é fator de dificuldade para a realização do trabalho em equipe, que falta organização de suporte social e rede de suporte no município. Apesar de numa equipe haver um turno de atendimento ambulatorial para idosos este não apresenta diferenças no seu processo de trabalho.

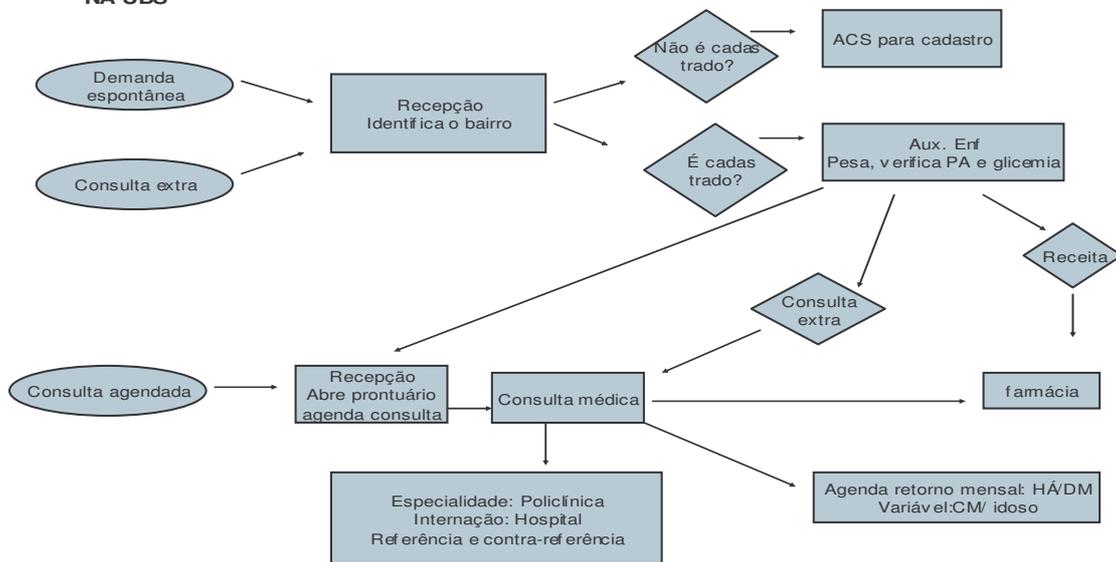
Fluxogramas:

Equipe A1

**NA RESIDÊNCIA**

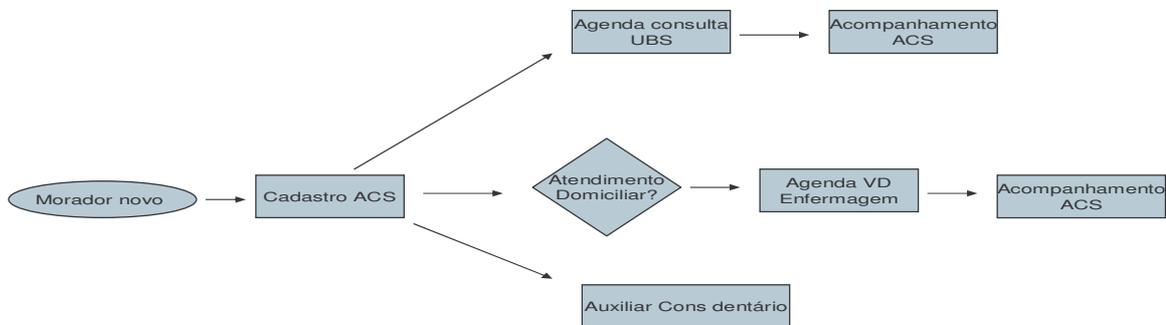


**NA UBS**

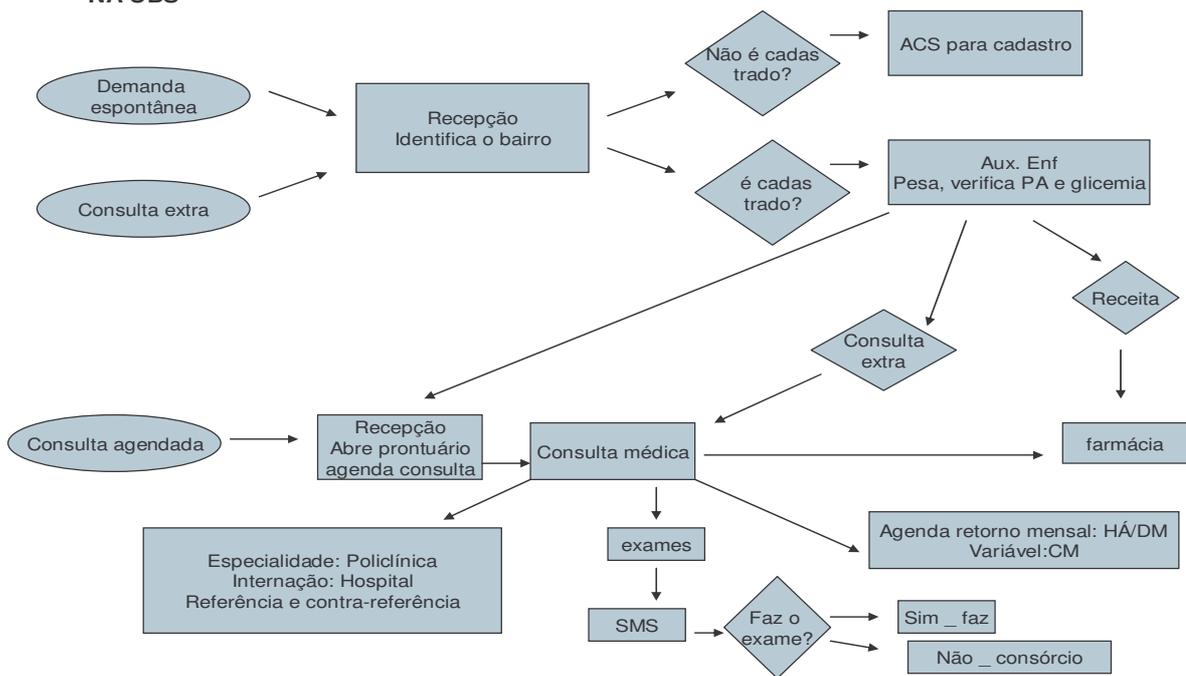


Equipe A2

NA RESIDÊNCIA



NA UBS



*Município do Rio de Janeiro*

Na residência, o ACS faz a identificação de problemas como tosse, doença de pele, DM, HA, dificuldade financeira, usuários acamados, desorientação ou problema psiquiátrico. No caso de haver referência a presença de HA e DM, este verifica tratamento, faz o cadastro do remédio em casa (REC), agenda consulta (trimestral) na UBS e encaminha para os grupos específicos de HA e DM. Caso não pertençam a este grupo, o ACS verifica os medicamentos em uso e agenda a consulta.

Nas emergências, os usuários são orientados a buscar atendimento junto ao SAMU (Serviço Médico de Urgência) ou, por meios próprios, no hospital mais próximo.

Nos exames complementares, alguma bioquímica é feita na própria UBS, e o que não é feito é passado para a Central de marcação da Área Programática, outros são encaminhados para os postos ou PAM, muitas vezes utilizando-se a referência e conhecimento do profissional. Os exames de imagem como ultrassonografia só podem ser solicitados para gestantes, o Raios-X pode ser encaminhado para hospital ou para o PAM de referência, via emergência, no encaminhamento através da central (GAT), quando o tempo de espera é longo.

As internações eletivas têm que ser solicitadas pelo especialista. A UBS só encaminha os casos de emergência para as unidades de emergência.

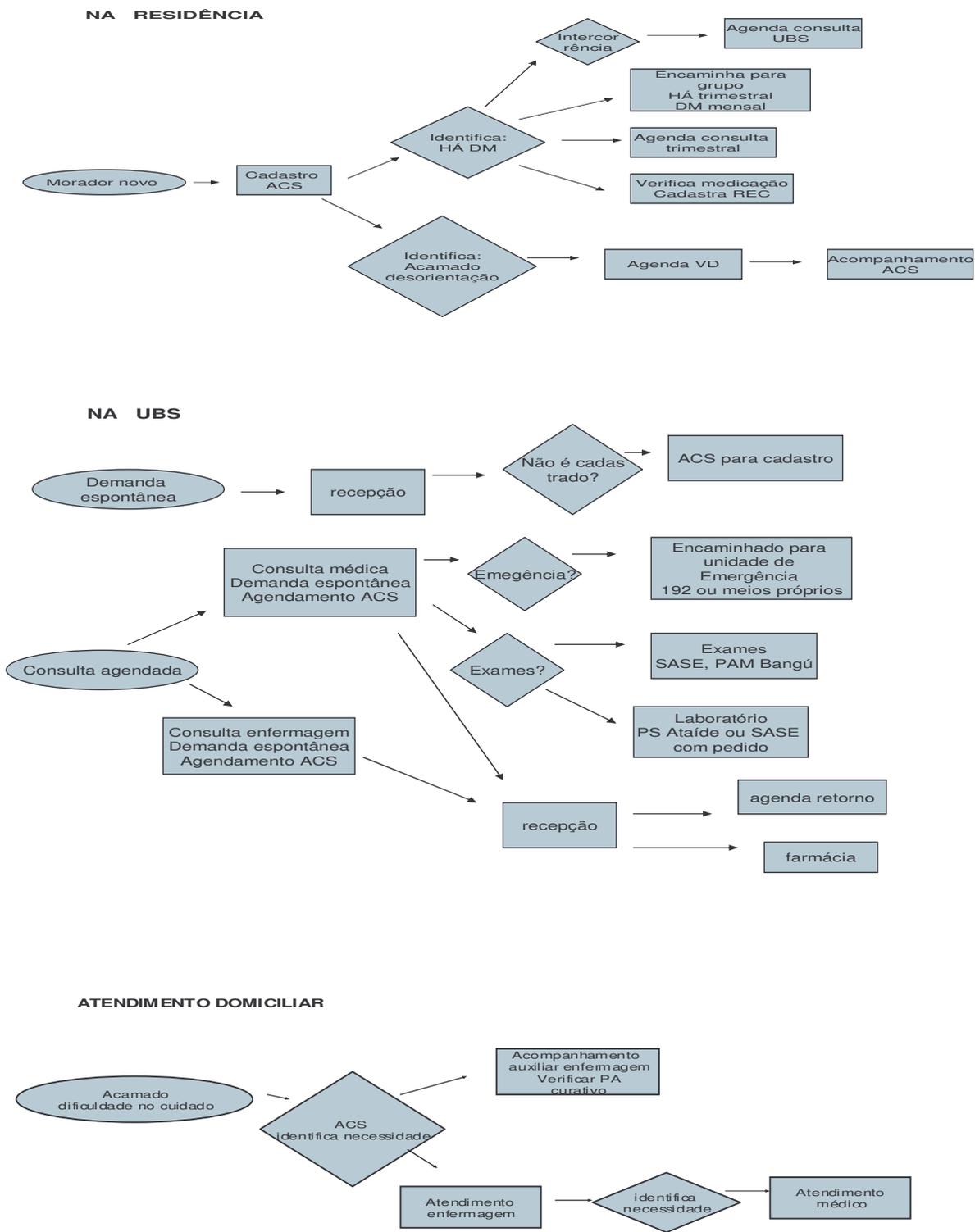
A visita domiciliar é agendada para os acamados pelo ACS. O usuário que não se encaixa nos programas é acompanhado pelo ACS, que agenda consulta na UBS quando necessário.

São as seguintes as ações dos profissionais das equipes: a enfermagem supervisiona curativo, faz triagem, pré-natal de baixo risco, coleta de preventivo e VD; o Auxiliar de Enfermagem trabalha com laboratório, grupos, farmácia, curativos e VD; ao médico cabe as consultas e atendimentos domiciliares. Os usuários são cadastrados no programa remédio em casa em 90% dos casos.

São realizados trabalhos em grupo com a população como TIG, planejamento familiar, pré-natal, puericultura, grande família, hipertensão, diabetes, desenho e arte. Nas duas equipes é realizado um trabalho mais voltado para a população idosa em encontros semanais.

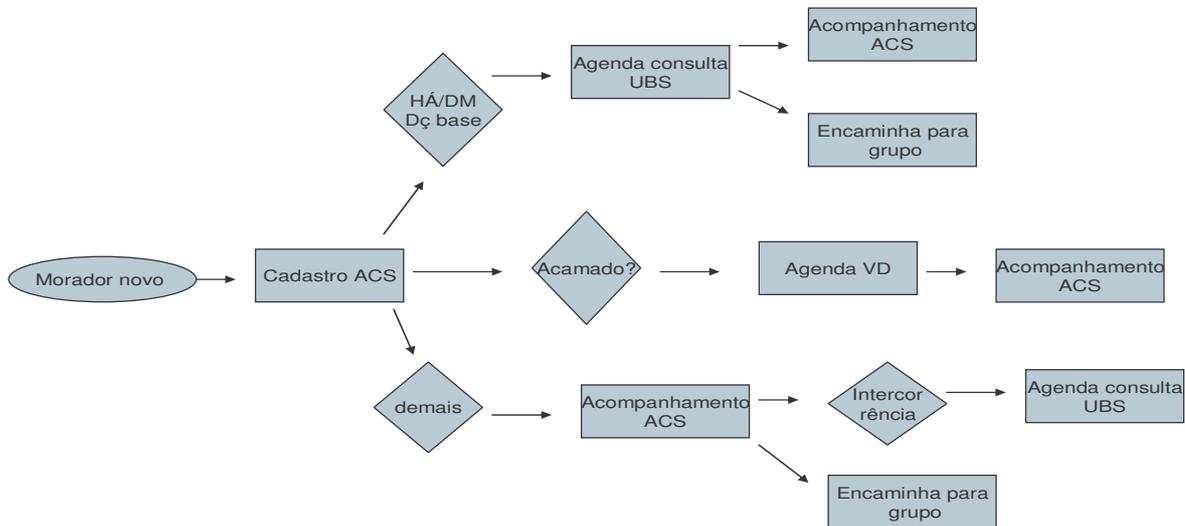
Fluxogramas:

Equipe B3

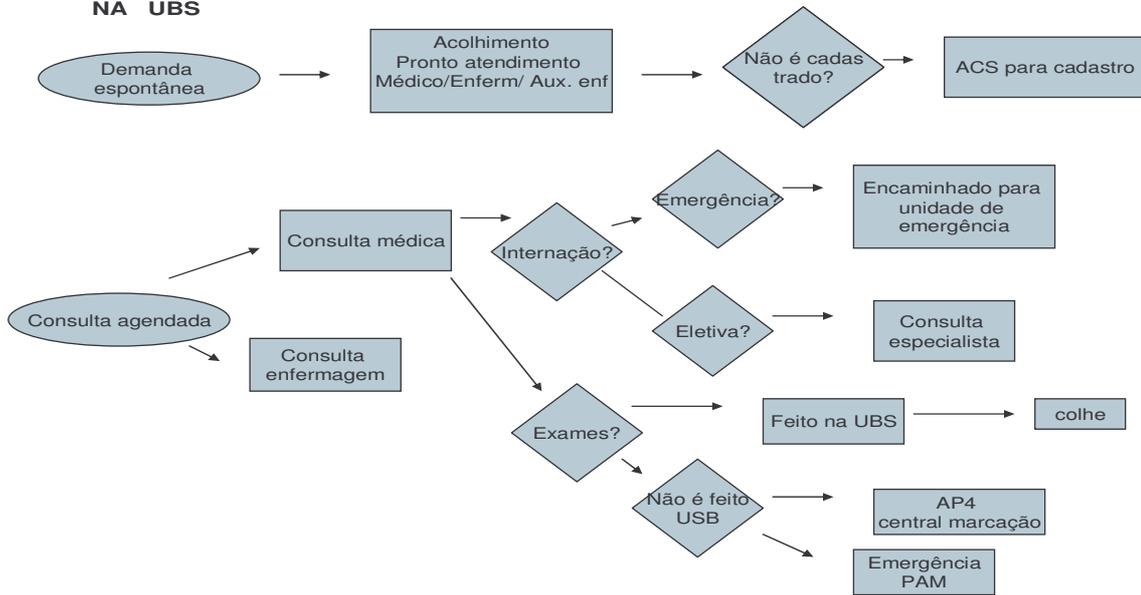


Equipe B4

NA RESIDÊNCIA



NA UBS



*Município de Itaboraí*

As informações chegam da comunidade via os ACS, que são responsáveis pelo cadastro, agendamento e acompanhamento dos usuários.

Existe um gargalo para o nível secundário. Os exames de média e alta complexidade só podem ser solicitados pelo especialista. Muitas vezes o usuário perde a consulta, e, mesmo que seja por problema com o serviço especializado, ele tem que voltar à UBS para pegar novo encaminhamento ao especialista, o que gera consultas desnecessárias e longo tempo de espera. A SMS tem um serviço móvel de coleta de material para exames de laboratório. O veículo vai a cada UBS, semanalmente, coletar o material, e os resultados são devolvidos às UBS para distribuição.

Os pedidos de internação, por emergência ou não, devem ser encaminhados para a Coordenação, que contata o hospital. As emergências são encaminhadas ao SAMU ou ao hospital municipal. A internação pode ser feita de duas formas: a família leva o idoso por meios próprios, sem encaminhamento, ou este é encaminhado via SAMU. No caso, ao se pedir a vaga, os profissionais identificam um entrave “velado” em relação à idade do usuário. Nestes casos, há uma discussão acerca do “valor” do encaminhamento, já que este não é considerado \_ “é uma questão ética e relacionada ao perfil dos profissionais do hospital” (médico).

Nas internações eletivas tem que haver encaminhamento para o especialista, que trabalham com cotas, não havendo noção na rede básica desta distribuição.

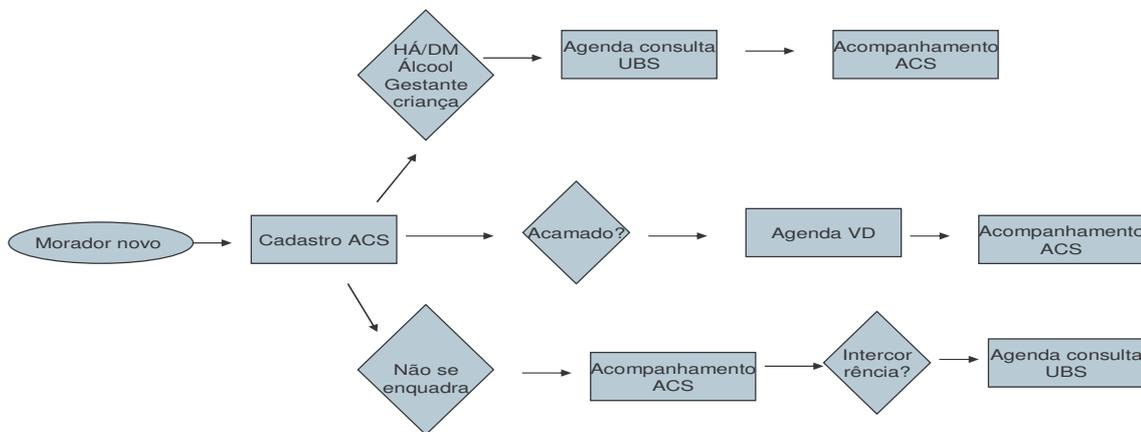
Principalmente o idoso, devido às doenças crônicas, segundo os profissionais de uma equipe, podem ter indicação de assistência domiciliar. Neste caso, o entrave é muitas vezes da família, que apresenta uma série de dificuldades que incluem suporte, quem cuide, financeiro e orientação, o que acaba levando à internação hospitalar pela dificuldade em se manter o indivíduo em acompanhamento no domicílio. Isto reflete a falta de suporte do sistema de saúde e a falta de rede de apoio, que enfraquecem a possibilidade da família cuidar.

Existe uma superpopulação para uma das equipes, que está pleiteando a criação de uma nova equipe na área.

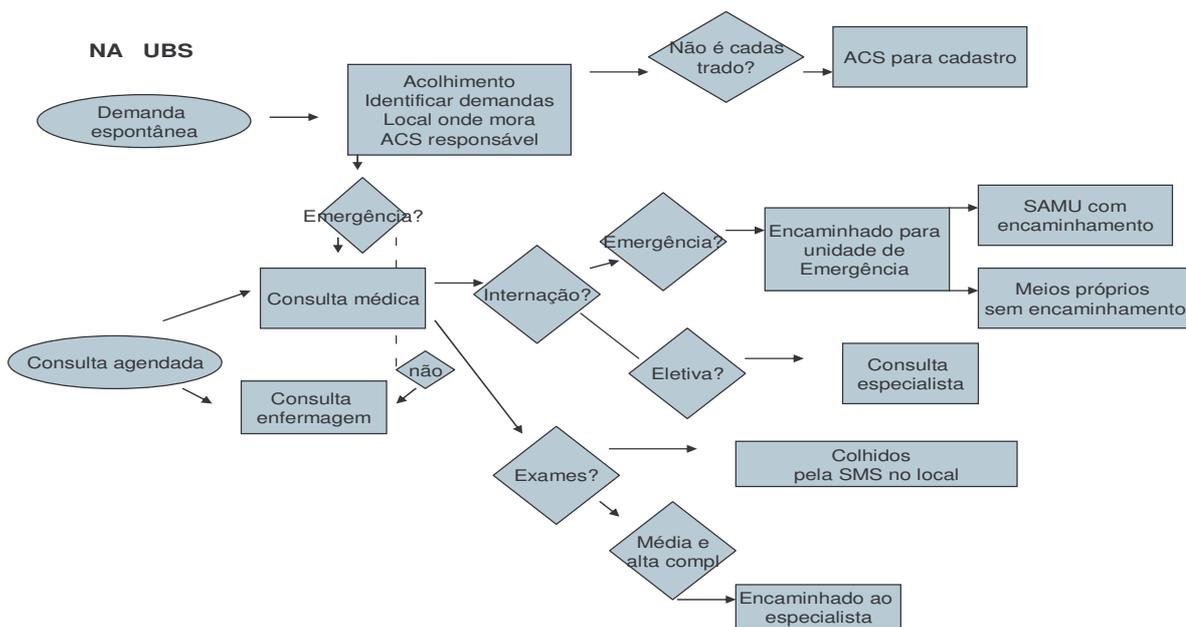
Fluxogramas

Equipe C5

NA RESIDÊNCIA

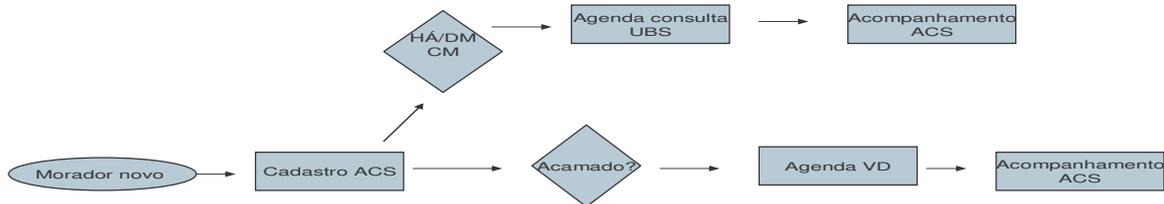


NA UBS

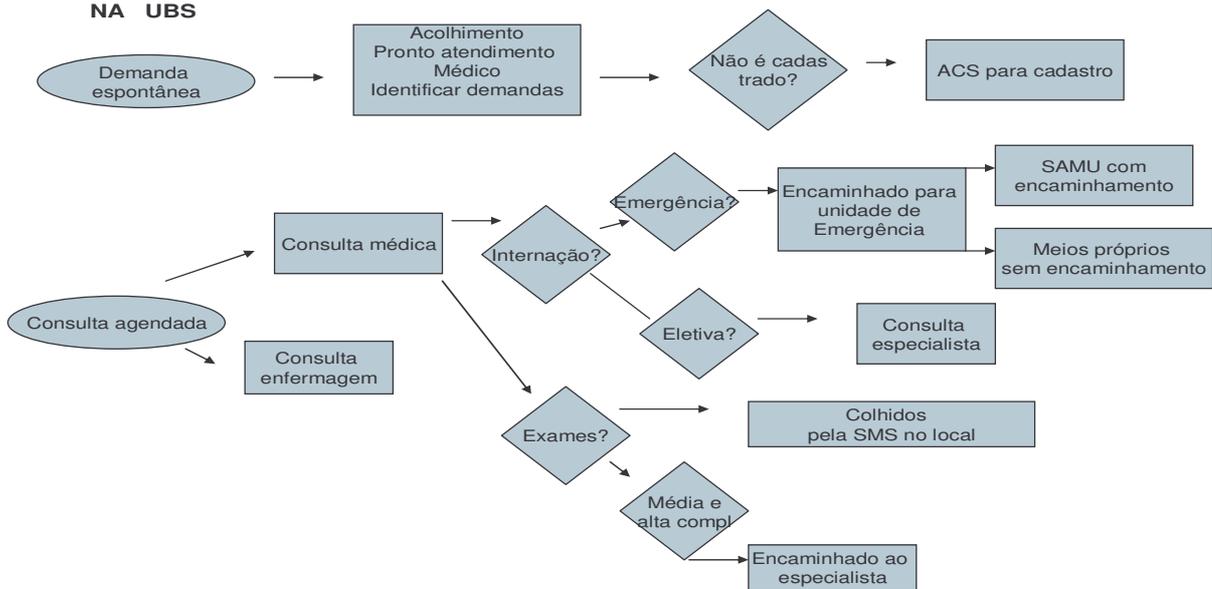


Equipe C6

NA RESIDÊNCIA



NA UBS



### 8.5 - Discussão de Caso-Problema

O caso apresentado às equipes foi criado baseado na experiência de um serviço de geriatria, de forma a apontar necessidades, demandas e intervenções a partir de síndromes geriátricas e agravos típicos desta faixa etária.

Este grupo focal foi realizado com a participação de todos os componentes disponíveis de cada equipe, traduzindo-se como um momento de troca muito interessante, de observação da organização interna do grupo. Nas equipes onde o profissional médico não tem vínculo, a discussão foi capitaneada pelo profissional de enfermagem. Em algumas equipes os ACS participaram ativamente da discussão, percebendo-se a intensa participação destes no trabalho.

#### O CASO CLÍNICO

Sr. João, 84 anos, viúvo, aposentado como trabalhador rural, mora sozinho. Tem uma filha e 2 netos que moram próximo. É hipertenso em uso de hidroclorotiazida 25 mg e enalapril 40 mg/dia e diabético em uso de gliclazida 1 comp/dia. Apresenta déficit visual e auditivo, tendo sofrido 3 quedas no último ano.

Filha relata que o Sr. João está muito esquecido, não reconhece as pessoas, já deixou o gás aberto e se perdeu quando saiu para fazer compras. Atualmente mudou seu comportamento, está calado, não quer sair de casa.

História Patológica Pgressa: acidente quando jovem no trabalhador com fratura da perna direita que não consolidou corretamente.

História Social: etilista até 10 anos atrás de 3 doses de cachaça/dia. Nunca fumou.

História Familiar: irmão falecido por infarto agudo do miocárdio, pai por acidente vascular cerebral. Mãe apresentou quadro de esquecimento.

#### EXAME:

Acordado, discurso repetitivo, dificuldade de fornecer instruções, busca apoio da filha para as respostas. Observa-se higiene precária. Dentes mal conservados com higiene oral precária.

Aparelho Cardiovascular: Ritmo cardíaco regular 3T (B4) presença de sopro sistólico em Foco Mitral. PA 170x110mmHg FC 92 bpm.

Aparelho Respiratório: murmúrio vesicular audível, sem ruídos adventícios.

Abdome: flácido, indolor, sem visceromegalias. Peristalse presente.

Membros inferiores: deformidade na perna direita, com leve encurtamento. Pulsos periféricos reduzidos de amplitude. Micose interdigital.

Exame Neurológico: reflexos presentes. Sem sinais focais.

A cada equipe foi solicitado que considerasse que o usuário havia se mudado há pouco tempo para a localidade. A equipe devia identificar os problemas, dentro do seu olhar e práticas e, propor as abordagens e ações para lidar com estes problemas. Os resultados foram sistematizados por município e equipe, confrontando-se com os achados identificados por um especialista na área.

A análise prévia sistematizada pelo geriatra salientava os seguintes problemas e intervenções necessárias:

A) necessidade de autocuidado: idoso, provavelmente demenciado e deprimido, morando só, incapaz de tomar remédio, se alimentar ou garantir sua segurança e autocuidado. Estas são questões que interferem no acompanhamento da hipertensão, diabetes, no risco de queda e na manutenção da capacidade funcional. A família deve ser orientada quanto à gravidade da situação e da impossibilidade do idoso ficar só, buscando-se alternativas para o seu suporte, na família e comunidade, como primeira etapa no plano terapêutico. A família deveria ser orientada para o cuidado, de acordo com as demandas identificadas através de escalas de avaliação funcional, assim como para o entendimento da importância de sua participação na investigação dos problemas e plano terapêutico. Além da orientação da família, é necessário investigar sobre a sua estrutura. As relações interpessoais, recursos emocionais, humanos e financeiros precisam ser conhecidos a fim de verificar-se como poderá ser articulado este suporte ao idoso, tentando orientar e ajudando-os a buscar outros recursos cabíveis para este caso, de forma a não onerar o núcleo familiar em excesso, garantindo a possibilidade do cuidado.

B) Investigação diagnóstica do quadro demencial e da depressão, a fim de se avaliar terapêutica e plano de tratamento. Isto inclui avaliação cognitiva e do humor, segundo escalas próprias, e exames laboratoriais segundo protocolo de investigação de demência, para este caso: imagem (tomografia computadorizada cerebral), hemograma e bioquímica, incluindo dosagem de vitamina B12, dosagem de Hormônio Estimulante da Tireóide (TSH) e VDRL (pesquisa laboratorial de doença venérea) e exame de elementos anormais e sedimento urinário.

C) Investigação e acompanhamento da hipertensão e diabetes, dos fatores de risco, assim como avaliação da gravidade das doenças e lesão em órgãos-alvo. Ajuste da dieta e uso racional das medicações. Garantir o uso adequado das medidas de controle e da medicação necessária.

D) Avaliação dos déficits sensoriais, que podem estar comprometendo tanto a função cognitiva, capacidade funcional, como as quedas e o isolamento, através de otoscopia para identificação de cerumen e posterior encaminhamento para otorrinolaringologista e oftalmologista. A presença de diabetes e hipertensão demanda uma avaliação de fundo de olho. Também é importante se afastar a presença de glaucoma, inclusive pela segurança no uso de determinadas medicações, que possam vir a ser necessárias.

E) Avaliação da história das quedas, a fim de identificar os fatores de risco e possíveis ajustes, os quais podem estar associados às demais questões, como uso irregular de medicação, aporte calórico inadequado, riscos ambientais, alteração da marcha pelo acidente antigo. Presença de osteoporose como fator de risco, inclusive pela história de alcoolismo prévio, deve ser investigado pela densitometria óssea.

F) Avaliação da história nutricional e sua importância, devido aos agravantes de incapacidade de executar as atividades de autocuidado e as instrumentais, como sair de casa para fazer compras ou fazer a sua alimentação, somado às suas comorbidades, aumenta o risco de acidentes como hipo ou hiperglicemia e de quedas. A avaliação e intervenção na saúde oral complementam a abordagem do risco alimentar e de cuidado neste usuário.

De modo geral, as equipes identificaram os principais problemas existentes no caso e apontaram a família como um suporte, a ser orientada e apoiada na abordagem ao idoso. A magnitude e gravidade de algumas das questões, o risco existente e a urgência das medidas, porém, não foram dimensionados. Durante a discussão, e nos resultados, ficou evidente a caracterização inadequada de questões como o déficit cognitivo e alteração de humor, e da necessidade de avaliação do problema para diagnóstico e conduta. A impossibilidade de o idoso morar só também não foi avaliada em toda sua magnitude, em função dos riscos. A avaliação e o plano terapêutico não foram sistematizados pelas equipes, como se não houvesse clareza das ações a serem iniciadas, ou por onde iniciá-las. Sugere que o reconhecimento da existência do problema (diagnóstico) não enseja automaticamente sua correta abordagem, a qual depende do desenvolvimento de novas competências (dos profissionais e do próprio sistema). Depresbiteris (2001) aponta para as

múltiplas definições do termo competência: capacidade para aplicar habilidades, conhecimentos e atitudes; habilidade de utilizar o conhecimento a fim de chegar a um propósito; capacidade de utilizar conhecimentos e habilidades adquiridos para o exercício profissional; capacidade de mobilizar saberes\_ saber-fazer, saber-ser, saber-agir; capacidade para resolução de um problema. Assim, apesar da identificação, a dificuldade de propor medidas voltadas para resolução ou encaminhamento evidencia a necessidade sistêmica do desenvolvimento de competência específica para a atenção ao idoso.

Na discussão dos casos não foi abordado como seria a integração, para o planejamento terapêutico e acompanhamento, com os demais níveis de atenção e serviços de saúde, assim como de assistência social, por exemplo, no apoio a este usuário e família na condução do suporte necessário. Ficou clara esta pouca integração na prática diária das equipes.

A seguir são apresentadas as tabelas 13, 14 e 15 com os resultados obtidos nas discussões nos três municípios.

**Tabela 13: Resultado das discussões de caso com as equipes do Município de Engenheiro Paulo de Frontin**

<b>Equipe A1</b>		<b>Equipe A2</b>	
Problemas detectados	<b>Soluções possíveis</b>	<b>Problemas detectados</b>	<b>Soluções possíveis</b>
Hipertenso: uso ou não do remédio	Aumentar as visitas pelo ACS	Mora só	Verificar o relacionamento com a filha
Mora só	Marcar visita da enfermagem e medicina	Esquecimento	Cuidado com a medicação
Dificuldade visual		Déficit visual e auditivo	O primeiro problema é o cuidado
Dificuldade auditiva	Conscientizar a filha: agir na filha para poder trabalhar com o pai	Mudança comportamento	
Falta apoio familiar		HA	Chamar a família para orientar
Depressão?	Marcar odontolo	DM	
Diabetes: redução de pulsos, micose.	Avaliar risco ambiental	Calado não dá informação	Investigar: oftalmologia, otorrinolaringologia, exames laboratoriais.
Quedas		Não pode ficar só	Contactar o Serviço social
Alimentação		Depressão	
		Falta de cuidado	
		Queda	NÃO TEM LUGAR DE SUPORTE NO MUNICÍPIO
		Nutrição	

HA: hipertensão arterial / DM: diabetes mellitus

**Tabela 14 \_ Resultado das discussões de caso com as equipes do Município do Rio de Janeiro**

<b>Equipe B3</b>		<b>Equipe B4</b>	
Problemas detectados	<b>Soluções possíveis</b>	Problemas detectados	<b>Soluções possíveis</b>
<i>Mora só</i>	Visita domiciliar pelo ACS para garantir o uso das medicações	quedas	Procurar família em casa para conversar
HA		esquecimento	
DM		HA	Corresponsabilizar a família pelo cuidado
Déficit sensorial –	Conhecer a Família e buscar os recursos e apoio necessário	DM	
<i>necessidade controle</i>		Déficit visual	Verificar a medicação em uso
<i>clínico</i>	Marcar consulta	Saúde oral comprometida	
Queda	Incentivar a participação nos grupos: HA/ DM/ Idosos	Higiene precária	Marcar consulta
Esquecimento		Déficit auditivo	Verificar se a família é cadastrada no programa
Insuficiência arterial	Observar a casa para evitar acidentes: riscos ambientais	Mora só	
Micose			Orientar para que não more só
Dentes mal conservados	Cadastrar para Remédio em Casa		Agendar psiquiatra (da AP)
Etilista	Orientar higiene com a família		Marcar oftalmologista
Pressão Arterial não controlada	Fazer mapa para as medicações		Marcar odontologia
História familiar de aterosclerose	Conhecer melhor o usuário		
Alteração de comportamento	Encaminhar para avaliação oftalmológica		
	Orientação alimentar		

HA: hipertensão arterial / DM: diabetes mellitus

**Tabela 15 \_ Resultado das discussões de caso com as equipes do Município de Itaboraí**

Equipe C5		Equipe C6	
Problemas detectados	Soluções possíveis	Problemas detectados	Soluções possíveis
HA	Verificar remédio em casa, recebe?	Comunicação	Sensibilizar o orientar a filha para o cuidado
Mora só		Locomoção	
84 anos	Avaliação clínica - mudança de comportamento	Convívio	Co-responsabilidade com a família
Micose (trabalho no campo? higiene?)	Convidar para o grupo	Dependência (precisa de uma pessoa para cuidar)	Verificar medicações
DM	Dificuldade para morar só	Necessidade de cuidado	Marcar consulta
Deprimido	Necessidade de formar cuidadores na comunidade	Moradia inadequada (?)	Avaliação do ambiente
Quedas	Visita mais à miúde	Questão financeira(?)	Marcar psiquiatra
Perda memória	Conhecer a filha e netos e fazer histórico familiar	Queda	Marcar oftalmo e otorrino
Uso regular da medicação?	Discutir com a filha sua responsabilidade	Esquecimento	
Déficit visual	Buscar um cuidador	HA	
Déficit Auditivo	VD	DM	
Mudança de comportamento (problema clínico?)	Higiene - orientar o idoso	Higiene precária	
Não quer sair de casa		Déficit visual	
Alcoolismo		Déficit auditivo	
Renda?		Mora só	
Será que ele está fazendo a comida?			
Como é a sua alimentação?			

HA: hipertensão arterial / DM: diabetes mellitus

## 8.6 - Entrevista com os Profissionais

### *Análise das entrevistas*

O roteiro proposto aos profissionais foi conduzido nos seguintes blocos: o trabalho na Atenção Básica e na ESF, como ele vê o seu trabalho com paciente idoso e na equipe e o significado para ele. Para a estruturação do roteiro, foram utilizados alguns dos temas identificados por Protti (2002), na sua pesquisa sobre o idoso e o PSF, como a capacitação dos profissionais, o trabalho em equipe ajudando na compreensão dos idosos, o papel da família. Outros temas, identificados por esta autora, emergiram durante as entrevistas: a atenção e solidariedade requeridas, o isolamento social, a inter-relação entre doenças crônicas e problemas sociais.

Após a transcrição e leitura das entrevistas, estas foram divididas pelas categorias profissionais: agente comunitário, auxiliares de enfermagem e gabinete dentário e os profissionais de nível superior. A análise sempre identificou o município de cada um dos entrevistados, de maneira a valorizar possíveis especificidades, o que não foi o caso.

Dentro de cada bloco foram identificados os grandes temas que sobressaíam nas narrativas de cada uma dos grupos profissionais. O primeiro bloco do roteiro permitiu a caracterização da amostra e a discussão do trabalho na AB e ESF.

### *Caracterização da amostra*

a) tempo de atuação dos profissionais das equipes na Atenção Básica e na Saúde da Família.

Para os agentes comunitários, o tempo de trabalho na Atenção Básica equivale ao tempo de trabalho na equipe, variando entre dois e seis anos (EPF-Engenheiro Paulo de Frontin), dois e cinco anos (RJ - Rio de Janeiro), e três e cinco anos (Itaboraí). Para os demais profissionais pode-se observar, em alguns casos, um trabalho na Atenção Básica anterior à Saúde da Família. O tempo de atuação nas equipes do PSF variou de até um e seis anos (EPF), dois e oito anos (RJ), e um e seis anos (Itaboraí), exceção feita aos três médicos, atuantes em Engenheiro Paulo de Frontin, que tinham menos de um ano na equipe.

b) capacitação realizada pelos profissionais para o trabalho em Saúde da Família

A experiência de capacitação para o trabalho em Saúde da Família é mais prevalente que a capacitação em Saúde do Idoso na amostra de profissionais. Em seus relatos mencionam os cursos introdutórios, que objetivam apresentar o trabalho previsto pela Estratégia, bem como os cursos de curta duração voltados para temas específicos. Tanto os auxiliares, como os agentes comunitários, fizeram referência a cursos rápidos feitos em outros empregos.

Para os agentes comunitários, as capacitações são focadas nos programas de Tuberculose ou Hanseníase, hipertensão, diabetes e Imunizações. Foram, também, citadas palestras das enfermeiras como iniciativas de capacitação específica. No município de Engenheiro Paulo de Frontin, os ACS informaram que iriam iniciar um curso de capacitação, oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde (e orientado pelo MS) composto por quatro módulos baseado apostilas produzidas por ETIS<sup>19</sup>, e ministrado pelos profissionais de enfermagem do município.

Somente dois médicos relataram terem tido alguma formação voltada para o PSF durante a graduação. Já na área de saúde do idoso, três médicos relataram cursos de curta duração sobre envelhecimento, e uma enfermeira informou ter realizado curso de cuidadores de idosos.

Na análise sobre o seu trabalho na AB e ESF o tema sobre a presença (ou não) de fatores dificultadores para a execução do trabalho na Saúde da Família foi assim sumarizados (Tabela 16):

**Tabela 16: Trabalho na ESF e dificuldades encontradas**

	ACS	AUX	ENF/MED
Não observam nenhuma dificuldade	5	6	2
A distância entre o posto e as casas	7		
A falta de estrutura física do local ou do módulo da UBS	3	1	1
Falta de rede: nível secundário, transporte, apoio da secretaria, insumos	5	2	6
O pouco entendimento da população sobre a estratégia	11	1	1
Outros	3	1	4

<sup>19</sup> ETIS: Escola de Informação Técnica em Saúde Enfermeira Izabel dos Santos

Para a maioria dos profissionais existem dificuldades a serem enfrentadas para a execução do trabalho. Foram destacadas três variáveis dificultadoras: a *distância*, o *pouco entendimento da estratégia pela população*, para os ACS, e *falta de rede*, para os profissionais de nível superior. Ao observar o processo de trabalho, explicitado nos fluxogramas, podemos entender que, pelo maior contato dos agentes com os usuários, a distância, a falta de recursos e a dificuldade de entendimento do seu trabalho sejam destacadas. Já para os profissionais de nível superior, médicos e enfermeiros, aparece em primeiro lugar a falta de rede, especialmente no que tange à falta de suporte e retaguarda para seu trabalho. Foi definida como rede, a integração com o nível secundário, a disponibilidade de transporte, o apoio dado pelas SMS dos municípios, incluindo o fornecimento de insumos para as equipes e unidades. O trabalho dos médicos e enfermeiros está baseado na resolução final das questões de saúde identificadas na comunidade. Isto se deve ao fato destes profissionais serem referência para usuários e para os demais profissionais da equipe. Os auxiliares e ACS informam que, ao não saberem responder a certas demandas, apelam para o profissional mais qualificado, afunilando a responsabilidade ao nível local. Assim, a precariedade e insuficiência da integração do sistema de saúde é uma preocupação cotidiana, marcante, dos profissionais de nível superior.

O segundo bloco, voltado para a prática da atenção ao idoso, abordou inicialmente as perspectivas do entrevistado sobre o próprio envelhecimento. A intenção foi conhecer como estes indivíduos encaram seu envelhecimento e o problematizam, de forma a contextualizar sua percepção sobre o envelhecimento do “outro”.

**Tabela 17: Percepções dos profissionais acerca de seu envelhecimento de acordo com as categorias profissionais.**

	ACS	AUX	EN/MED
É possível envelhecer bem	6	3	<b>6</b>
Identifico com perda	11	3	<b>3</b>
Abandono	8	3	<b>2</b>
Não penso sobre o assunto	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

Na Tabela 17, sobre a percepção acerca do seu envelhecimento, sobressaem duas categorias de resposta. *É possível envelhecer bem*, traduzindo a idéia de que o envelhecimento é um fato inerente à vida, e pode ser positivo \_ “... isso vai acontecer. Isso é um fato, a gente não pode fugir dessa realidade, mas acho que você tem que trazer como um benefício, não como uma coisa que vai te trazer um mal...” (aux. enfermagem).

Na segunda categoria, o envelhecimento é percebido de forma negativa, sendo atribuída a idéia de perda, de abandono e de negação. *Identifico com perda* funcional, financeira, de autonomia e independência, nas dificuldades encontradas pelos idosos no seu cotidiano, na morte \_ “... na limitação que nós vamos adquirindo...” (acs), “... tenho muito medo de ficar doente, estar dependente dos outros de não poder fazer mais o que eu gosto...” (acs).

O *abandono* engloba duas idéias que se complementam. A falta de atenção aos idosos dada pela família e sociedade, chegando aos maus-tratos\_ “Eu peço muito a Deus que os meus filhos estejam juntos porque eu vejo muitos casos que a família abandona, muitos” (acs), e, aquela relativa à reciprocidade, isto é, fazer por eles o que quer que seja feito por si próprio mais tarde\_ “Atenção, cuidado, o que dou hoje para as pessoas sei que um dia vou precisar (aux enfermagem)”.

A *negação* do envelhecimento, também representa um olhar com algum grau de preconceito traduzido pelo distanciamento\_ “... não pensei ainda...” (acs).

A Tabela 18 apresenta um resumo das questões apresentadas aos entrevistados sobre a prática com idosos, detalhada em seguida.

**Tabela 18: Prática no atendimento aos idosos**

	SUPERIOR		AUXILIAR		ACS	
	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM
<b>Tem diferença</b>	2	10	4	7	7	23
<b>Gosta</b>		todos		todos	1	29
<b>Tem dificuldade</b>	6	6	7	4	19	11
<b>Está preparado</b>	2	10	2	9	7	23
<b>Equipe é importante</b>		todos		todos		todos
<b>Família é importante</b>		todos		todos		todos

A maioria dos profissionais, em todos os grupos, acha que existe diferença entre a atenção a um idoso e àquela prestada a um adulto jovem e, relatam gostar de lidar com esta população<sup>20</sup>. Todos consideraram a família importante para a atenção ao idoso, assim como o trabalho em equipe. Na abordagem do assunto “família”, os conteúdos apontados para esta importância foram distintos. O agente comunitário reconhece a necessidade de interagir com a família para o cuidado, pois estão mais próximos. O auxiliar aponta a necessidade de a família apoiar o trabalho da equipe. Médicos e enfermeiros reconhecem que a inclusão da família é fundamental para o planejamento das ações da equipe, o que

<sup>20</sup> Talvez, a presença do entrevistador, profissional da área de envelhecimento, tenha trazido certa inibição ao entrevistado, em relatar seus sentimentos em relação ao trabalho com idosos \_ ameaça à validade.

pode ser identificado no discurso acerca de, por exemplo, uso de medicações. As diferenças derivam da natureza da prática de cada grupo no trabalho. O trabalho em equipe é identificado com a possibilidade de um trabalho conjunto e de ajuda mútua entre os profissionais no enfrentamento dos problemas da comunidade.

“... eu tratei de uma senhora que fala que toma a medicação, só que a medicação dela é pra 30 dias, tá dando pra 2 meses. Então, ela tá mentindo. Então, você vai, conversa com a sobrinha, com a neta, com alguém, isso é importante para saber se ela tá fazendo certinho ou não.”

Do confronto entre a identificação da diferença e a ausência de menção a dificuldades em atender idosos, e da autopercepção referida sobre a capacitação dos entrevistados para esta prática, emerge a idéia do desconhecimento dos profissionais sobre a magnitude das ações necessárias, e o que a diferença identificada implica de mudança para a prática e de competências a serem desenvolvidas.

Por exemplo, na mesma narrativa acima, fica clara a escassa percepção de que o fato da medicação estar “durando” mais tempo do que o previsto pode indicar problemas como: a idosa não conseguir tomar seus remédios sozinha devido a esquecimento, ou a um déficit visual, analfabetismo, ou mesmo os três juntos. A correta identificação do motivo permitiria uma intervenção na causa e não na consequência.

O tema seguinte enfoca o que profissional considera necessário para trabalhar com o usuário idoso (Tabela 19), isto é, que competências devem ser desenvolvidas. Este detalhamento permitiu compreender melhor o problema identificado acima. Buscar o sentido da competência profissional na atuação junto ao idoso inclui o conhecimento necessário e sua contextualização dentro do processo de envelhecimento e de prestação de serviços, a capacidade de atuação frente à imprevisibilidade e diversidade de situações, bem como o trabalho em equipe multiprofissional.

**Tabela 19: Competências necessárias para trabalhar com idosos**

	paciência	carinho	Saber escutar	Atenção e cuidado	conhecimento
Superior	4				5
Auxiliares	5			9	
ACS	15	4	9		

Cada grupo profissional escolhe categorias que refletem o senso comum do grupo ou que são especialmente afeitas ao seu âmbito do trabalho. Os profissionais de nível

superior identificam o *conhecimento*, pois a eles cabe a resolutividade sobre as demandas, como já expresse anteriormente.

Os auxiliares apontam a *atenção e cuidado*, duas ações ligadas diretamente ao trabalho do profissional de enfermagem. Aos agentes cabe *carinho e saber escutar*, pois são eles que convivem mais de perto com os usuários, compartilhando, ao menos em parte, seu universo sócio-econômico e cultural.

Chama à atenção a categoria *paciência*, apontada por todos. Refletindo sobre o processo de trabalho nas UBS, as agendas e multiplicidade de ações desenvolvidas, pode-se relacionar esta categoria a idéias diferentes e muitas vezes complementares: a necessidade de um tempo maior de atendimento a fim de poder escutar, a necessidade de um conhecimento maior sobre como lidar com as especificidades desta população, a fim de abordar múltiplas queixas e problemas concomitantes, e a necessidade de observar um processo de trabalho distinto, diferenciado, que permita a integralidade da atenção.

Há também, uma banalização da atenção ao idoso, como se somente a atitude de acolhimento deste indivíduo fosse importante, secundarizando o vasto conteúdo teórico e o desenvolvimento das habilidades específicas.

“... eu acho assim, eles têm uma carência muito grande, Eu observo muito, às vezes o paciente idoso vem mais para consulta para conversar, ele não vem nem assim por causa do remédio. (sup)

A Tabela 20 apresenta a síntese das respostas acerca da diferença entre atenção ao idoso e ao adulto jovem.

**Tabela 20: Determinantes da diferença entre a atenção ao idoso e ao adulto jovem**

	ACS	Auxiliares	Superior
São carentes e precisam de carinho	<b>10</b>	2	<b>6</b>
Paciência e atenção	<b>18</b>	<b>4</b>	<b>10</b>
São mais problemáticos	4	2	<b>1</b>
É gratificante	<b>10</b>	<b>3</b>	

A categoria *paciência e atenção* está fortemente ligada ao trabalho com idosos de modo geral, reforçando a idéia de que é necessário ter um processo de trabalho que permita a escuta destes indivíduos e uma avaliação diferenciada. Também nota-se certa infantilização destes usuários e a identificação da carência e isolamento, voltando a idéia da banalização das necessidades e demandas dos idosos.

“... é bem mais fácil porque eles são tão carentesinhos, é tão mais gostoso...” (acs).

“Idoso é igual criança” (acs)

“... eles são muito carentes Precisam de mais carinho, mais conversa...” (acs).

“... são mais carentes necessitam de apoio, tem muitos que vem ao posto às vezes pra conversar, são os idosos que moram sozinhos”. (aux)

Por outro lado, surge um discurso positivo, de troca mais significativa com os idosos, de maior reconhecimento do trabalho por estes: “Eu acho que, porque são mais atenciosos” (acs).

A especificidade do paciente geriátrico, com múltiplas questões de saúde em um processo de adoecimento bio-psicossocial é identificada como distinta do idoso “basal”, ou melhor, aparece usuário com quadros de menor complexidade e outros com complexidade expressivamente maior. Esta noção aponta para o conhecimento, mesmo que tácito, da identificação da capacidade funcional, síndromes geriátricas e dos idosos frágeis, como componente da atenção. “Principalmente a questão da violência ao idoso que a gente vê e a gente se sente desesperado. E também a questão da psiquiatria ao idoso também em sinto muito despreparada para lidar. Aquele **idoso basal** a gente não tem dificuldade não, e sim aquele **que tem alguma coisa a mais...**” (sup).

No tema autopercepção da sua capacidade para lidar com o usuário idoso, todos se percebem preparados, porém, o conteúdo das respostas difere nos três grupos. Para os ACS as questões são resolvidas com o senso comum, ou melhor, sem a utilização de conhecimentos técnicos aprendidos. Para os auxiliares, o que eles não conseguem resolver, eles buscam resposta no profissional de nível superior, principalmente o enfermeiro. Os profissionais de nível superior não relatam muita dificuldade, mas falam sobre a sobrecarga de trabalho a que são submetidos. Não há uma clareza, para estes profissionais, sobre a geriatria e gerontologia como saber com campo próprio e pleno de especificidades, que influenciam e determinam as práticas. Este conhecimento é interpretado de forma estanque e não com a plasticidade requerida: “Faltou uma rotina, ou por falta de conhecimento mesmo. A gente se acostumou a separar hipertenso, diabético, puericultura, atendimento à saúde de mulher e esqueceu do idoso e do adolescente, né?” Também emerge a questão da relação entre o fluxo de trabalho, integração à rede na capacidade de lidar com os usuários idosos.

A análise das narrativas sobre a rede assistencial e de suporte evidencia uma noção empobrecida dos profissionais acerca do que é uma rede social. Quando perguntados diretamente, foi identificada apenas a família como rede possível. Outros depoimentos sobre rede social aparecem dispersos ao longo das entrevistas. Os agentes apontam a falta de acesso aos serviços de saúde e de suporte social como fator de prejuízo na abordagem da equipe. Os auxiliares mencionam a falta de informação sobre os recursos existentes e a falta de recursos suficientes na rede de saúde. Os médicos e enfermeiros se referem ao acesso aos serviços de saúde e de suporte social, à desarticulação do sistema e à sobrecarga de trabalho.

No terceiro bloco de conteúdo, o trabalho da *equipe* de saúde da família com os idosos, fica ressaltado no “processo de trabalho” idéias distintas entre os profissionais. Para os agentes, seu trabalho é valorizado pela equipe e pela comunidade, representando o elemento de ligação entre a equipe e a comunidade, reforçando o trabalho desta. O auxiliar surge também com a idéia de reforço ao trabalho da equipe. Os profissionais de nível superior explicitam uma dificuldade de comunicação e compreensão das necessidades da comunidade\_ “... dificuldade não é nossa, é deles...”; eles “... não têm interesse...”; “... idoso, às vezes, desiste um pouco fácil...”; “... o tempo que a gente precisa dar a este paciente...”. Retorna a idéia de falta de tempo e/ou disposição para a “escuta” destes usuários.

Na complementação da entrevista feita com os médicos foi solicitado que estes apontassem as práticas preventivas que faziam parte de sua abordagem rotineira e que no caso de dificuldade, a que esta se devia (Tabela 21).

**Tabela 21: Práticas preventivas na rotina do atendimento ao idoso pelos médicos**

	raramente	nunca	frequentemente
1- acuidade visual	4		2
2- acuidade auditiva	3		3
3- prevenção vacinal	1		5
4- função tireoidiana	2		4
5- saúde oral	3		3
6- estado nutricional			6
7- risco de quedas	3		3
8- osteoporose	1	1	4
9- hipertensão arterial			6
10- dislipidemia			6
11- diabetes			6
12- depressão	1		5

13- demência	3	1	2
14- uso de múltiplas medicações			6
15- prevenção de câncer		1	5

Observamos que as práticas relacionadas aos programas (hipertensão, diabetes) fazem parte da rotina, já que o trabalho da SF enfatiza estes agravos. A prevenção de câncer, também articulada por ações do MS, é observada na prática, apesar do relato de dificuldade, em relação a exames complementares necessários como, por exemplo, a mamografia \_ “... só se tiver nódulo...”. Em relação aos encaminhamentos solicitados mais frequentemente pelos médicos, o oftalmologista foi citado quatro vezes, o cardiologista três vezes, o neurologista duas vezes. A reumatologia é uma preocupação, porém, esta demanda está associada à falta de uma rede de reabilitação, que possa dar conta da dor crônica, a qual angustia o médico e é a principal causa deste encaminhamento.

Chama atenção a preocupação com o uso de medicações por esta população. Nas entrevistas, todas as categorias profissionais apontam dificuldade de entendimento da prescrição e a multiplicidade de receitas por indivíduo. Este problema retorna ao assunto da precariedade da rede assistencial, onde o usuário busca atendimento e suprimento de suas necessidades de forma aleatória, com risco para sua saúde.

“Assim tem muito idoso que vem aqui a procura... pra remédios. Eles não entendem. Fica difícil até mesmo da gente explicar pra eles como tomar remédios.”

“... o idoso só tem a diferença de audição, de visão, tem que explicar mais as coisas de necessitar de mais atenção. Uma receita, por exemplo, vc tem que explicar melhor, escrever em letras grandes.”

“... o tratamento que eu faço com eles aqui é de hipertensão e osteoartrose, então para mim eu não diferencio, a não ser a dosagem do medicamento, que às vezes a gente tenta não fazer uma carga de medicamento maior.”

“Eles custam a entender como tomar os remédios. Uma paciente com artrite estava tomando os remédios todos de forma errada e olha que eu tenho cuidado de botar em letra de forma para não ficar difícil para outras pessoas...”.

“Eles vem em mim, eu passo anti-hipertensivo e aí a pessoa não leva a minha receita e aí o cardiologista passa, de repente, outro nome fantasia. A pessoa chega aqui com a pressão baixíssima porque está tomando a dose dupla do mesmo remédio. Acontece bastante então as mesmas dificuldades do idoso das coisas que a gente fala e o tempo que a gente precisa dar a este paciente...”

Déficits sensoriais, o risco de quedas, os déficits cognitivos, problemas mais específicos desta população, não são avaliados regularmente\_ “... não faz parte da rotina...”. Entre as respostas sobre a adequação do sistema local para atender estas demandas e os motivos para a dificuldade encontradas nestas ações, fica clara a fragilidade da rede do

SUS, a falta de outros profissionais de saúde, o pouco tempo de consulta destinado para cada indivíduo, a dificuldade de acesso aos exames, a falta de especialistas na rede e a dificuldade de transporte dos usuários.

Ao longo das entrevistas, o tema “violência” emergiu como um fator de grande importância para todos os profissionais. A violência é identificada no seu aspecto intrafamiliar. Outras formas de violência são descritas como fator dificultador para a atenção, porém, sem serem identificadas como tal. Os ACS identificam a violência intrafamiliar na sua prática, mas relatam a dificuldade na resolutividade e suporte, inclusive da denúncia, dentro do seu processo de trabalho.

“O pessoal de Brasília veio, fez uma capacitação linda, o Programa de Saúde da Família é bonito é, mas na prática não funciona..., nós tínhamos um senhor que morava em um [outro] município e tinha um filho que morava aqui. Aí ele ficou viúvo e veio morar com o filho. Ele é uma ótima pessoa. Aí fez um AVC, o quê que aconteceu? O filho só sabia receber aposentadoria, controlava tudo, controlava a comida do pai. E a gente visitando sempre. Aí chegamos a perceber que o pai tava cheio de hematomas, tava numa cadeira de rodas, aí não parava de chorar muito... e a capacitação que a gente já teve [para que serve?]. A gente percebeu que ele tava tendo maus tratos. E sempre o filho fazia questão de [perguntar] assim, vocês vão vir amanhã que horas? Aí começamos a achar estranho, porque a hora? Que eu saiba não tem que ter hora, é de 08h00min às 17h00min. Aí passamos por ali, tava eu e uma colega, e ele tava na varanda sozinho. ... ‘Não pode entrar’, ele disse chorando, chorando. Eu disse: o que foi? ‘Quando você vierem não diz a hora não porque ele me dá banho, ele me dá comida, isto é deixa comida para mim’.

O enfrentamento do problema é dificultado pela falta de garantia de sigilo ao denunciante. A mesma agente de saúde complementa seu raciocínio: “Como reclamar daquilo? A gente tinha que preencher um papel botar o nosso nome, que a gente fez a denúncia. Todos na capacitação foram contra, por quê? Porque a gente ia correr risco. (...) Foi sugerida uma denuncia anônima. ‘Não [pode], tem que preencher esta ficha colocar o nome, o telefone e o endereço, o setor que você está, micro área’. Eu jamais vou fazer isso. Porque a gente corre risco, o neto deste senhor é bandido. Há pouco tempo foi preso E a nossa vida? Minha família? (...) Identificamos o problema que aconteceu...[mas] eu não vou meter a minha vida em risco. Lamento muito pelo senhor. A gente continuou a ir visitá-lo várias vezes sem marcar hora. Aí ele de uma hora pra outra [o filho] botou o pai num asilo.”

A obrigatoriedade da denúncia da situação de maus tratos identificada na lei esbarra também nas conseqüências desta denúncia para o próprio idoso, já que é necessário ter todo um trabalho de conscientização e suporte para a família que está na situação de cuidador e agressor, pois, muitas vezes, esta é o único apoio disponível para aquele indivíduo. A ausência do conhecimento, por parte do profissional de como abordar a

situação, e de uma rede de suporte, que apóie a família, impede o desenvolvimento de um trabalho preventivo e de intervenção nestas situações. “No trabalho, foi o que eu falei, a grande maioria é abandonado. Você tem filho ali, você tem um neto e é a mesma coisa que não. Entra, sai e o idoso fica ali. Tem muitos idosos na minha área. Uma idosa com 75 anos que levou um tombo, fraturou a bacia, a filha não deixou operar, ela tá acamada. Ela toma hidroclorotiazida 1 comprimido de manhã de 25 mg, aí a pessoa que fica com ela dá o remédio de segunda a sexta. Aí chega o sábado, a filha não dá porque ela urina muito. “\_ Eu não vou ficar trocando fralda toda hora.” Aí sábado e domingo ela fica sem o remédio. E mora com a filha, hein?E o neto!”

Os auxiliares apontam a falta de informação sobre os recursos disponíveis para o enfrentamento da violência intrafamiliar. “... ela é uma senhora idosa, ela é uma senhora isolada do resto da família. Construíram uma casa em cima, uma escada que isola tudo e passam o prato de comida para ela, ela fica descabelada, ela fica descalça, ninguém sabe se ela toma a medicação, se ela toma banho, como que é lá dentro daquela casa e você fica se sentindo impotente, porque você não tem conhecimento, você não tem informação, você não sabe o que fazer”

A violência institucional também é percebida pelos auxiliares, como algo que os incomoda como pessoas, porém sem a identificação como tal.

“às vezes o idoso vai buscar o remédio na hora que dá, na hora do almoço, não custa você atrasar 5 minutos e pegar aquele remédio e entregar pra pessoa, eu não vi, contaram pra mim, isso não foi aqui não, foi (...) lá em cima: [a funcionária dizer] ‘agora eu não posso não, o senhor espera que na volta eu pego’. De repente aquele senhor, ele mora no lugar longe que não tem condução ou não tem dinheiro (...) E tem que ir a pé e, geralmente, isso acontece com pessoas que não tem como se defender (...). E a pessoa fica ali, depois daqueles 5 minutos eles ficam ali uma hora e meia, aí a pessoa volta e eles ficam com medo de ir lá e a [funcionária] brigar com ele...”

Os médicos e enfermeiros identificam a violência familiar, mas também sugerem violência institucional, quando ressaltam a falta de suporte e recursos para o atendimento domiciliar, as filas para os exames, a falta de rede de referência.

“... Eu vou lá e fiz minha visita doméstica, fiz e daí, eu quero os exames e aí, se eu tive que ir lá para ver ele, se o pessoal não teve como trazer ele aqui, como é que eu vou lá levar ele para fazer um exame, então eu vou lá visito. Exame é difícil, geralmente as pessoas não têm como trazer os idosos para fazer esses exames.”

“... outra dificuldade que eles reclamam muito, quem anda mal ou ainda consegue se mobilizar para ir a hospital público: "A eu espero muito, eu espero muito". Eles querem ser atendidos com uma certa prioridade, isso existe, existe entre aspas e aí eu tenho essa dificuldade de pedido de exame, que eu peço e não tem como fazer. Eles não gostam de ir ao posto de saúde porque tem que ficar esperando desde madrugada...”

Nestas narrativas fica clara a violência do sistema para com aqueles indivíduos idosos ou não, mais comprometidos. Outra questão que emerge como um ponto de discussão é a função, o objetivo da assistência domiciliar na Atenção Básica, em especial na ESF. Como estes usuários são identificados pela equipe, qual a ação proposta, e, em que indicadores de resolutividade, estão baseados esta prática. Isto fica mais claro ao analisarmos os Fluxogramas, onde todas as equipes se referem a este trabalho como VD (visita domiciliar).

Os profissionais acreditam que a VD (visita domiciliar) é um instrumento útil para o trabalho da ESF e que permite um acesso facilitado à assistência à saúde. “... ver as dificuldades que eles têm. Como a gente tem a VD... aqueles que não podem vir, a gente vai até eles. Então a dificuldade basicamente se anula. O paciente que não pode subir escadas, a gente atende lá embaixo, tá? Então não tem essa dificuldade grande no acesso” (sup).

Porém, apontam para as dificuldades encontradas pela falta de recursos na rede, onde muitas vezes o trabalho da VD é somente de apoio, pois não existe a possibilidade de se desenvolver algum plano terapêutico ou de suporte. “... Eu vou lá e fiz minha visita doméstica, fiz e daí, eu quero os exames. Se eu tive que ir lá para ver ele, se o pessoal não teve como trazer ele aqui, como é que eu vou levar ele para fazer um exame, então eu vou lá visito. Exame é difícil, geralmente as pessoas não têm como trazer os idosos para fazer esses exames...” (sup). As equipes não contam com suporte de exames, ou com outros profissionais, principalmente de reabilitação para poder oferecer assistência real. “Como tratar de um acamado... A única coisa que eu posso dar é um apoio psicológico do PSF pra vir aqui fazer um acompanhamento com a pessoa, ver os problemas, passar para a médica. Às vezes faz uma reunião, se precisa de uma ajuda da ação social ou de algum psicólogo do PSF vir até aqui fazer um acompanhamento...”. (acs)

## **CAPÍTULO 11 - Discussão**

Este trabalho permitiu iluminar várias questões relevantes para o debate sobre a atenção à saúde do idoso. A Atenção Básica e, em especial, a Estratégia de Saúde da Família têm um papel fundamental na construção da possibilidade de um envelhecimento saudável e digno da população brasileira. Porém, inúmeros desafios ameaçam esta construção, em diferentes esferas: pessoal, institucional e cultural, num contexto epidemiológico marcado pela pressão crescente das doenças crônico-degenerativas, a continuidade das doenças infecto-contagiosas e a maior visibilidade de patologias sociais.

O indivíduo idoso e o envelhecimento ainda não recebem a devida atenção do sistema de saúde, em uma clara desvalorização social da velhice. Esta emerge no discurso dos profissionais entrevistados quando estes falam sobre o seu envelhecimento dentro de um contexto negativo, quando a atenção ao idoso é banalizada ao se apontar que eles querem “carinho e atenção”, sem se tentar compreender as causas subjacentes ou quando os profissionais se referem aos idosos no diminutivo. Talvez este seja o maior desafio para as políticas públicas, mudar a importância social dada ao envelhecimento. Isto, provavelmente, facilitaria até a inclusão destes conteúdos na graduação dos profissionais de saúde, até hoje feita de forma incipiente.

Na esfera da prática profissional individual, a frágil inserção do corpo de conhecimento da geriatria e gerontologia é identificada. Além do conhecimento, é necessário investimento no desenvolvimento de competências para lidar com o desafio do envelhecimento, para trabalhar em um novo paradigma. Neste a prevenção, a reabilitação e o cuidado têm maior peso que a cura, e inclui a melhor compreensão dos determinantes sócio-ambientais do processo saúde-doença. A capacitação de profissionais de saúde, em particular dos médicos, é inadequada para a Saúde da Família e também para a Saúde do Idoso. Existe um movimento nesta direção, identificado nas Diretrizes Curriculares (CNE, 2001) e nas PNSPI e PNI (BRASIL, 2006 e 1994), porém obtém pouco respaldo das unidades formadoras. A educação permanente, voltada para a problematização do processo de trabalho, é um instrumento que permitiria avançar na construção de um trabalho em equipe, a partir da realidade de cada comunidade. Apesar de ter alcançado o caráter de Política Nacional, no entanto, as iniciativas de Educação permanente ainda não permeiam o cotidiano da ESF.

Castro e Vargas (2005) analisaram as ações, desenvolvidas pela equipe de SF no município do RJ junto aos idosos, segundo as ações preconizadas pelo MS. As autoras

identificaram que a equipe pesquisada desenvolve ações que contribuem para a qualidade de vida dos idosos, identificando uma preocupação com o uso de medicações, a melhora do estado geral, a alimentação e socialização. Porém, concluíram que é necessário ainda aprofundar as questões referentes ao envelhecimento, visando a uma atenção adequada. Questões como a percepção de dificuldade visual nas Atividades de Vida Diária, de riscos domiciliares, de buscar a interação com os familiares ainda são pouco abordadas na prática. Esta observação pode ser confirmada quando na Discussão do Caso-Problema, onde as equipes apesar de identificarem questões não as dimensionavam em sua grandeza dentro das especificidades desta área de conhecimento.

São inúmeras as contribuições da geriatria e gerontologia para a Atenção ao Idoso na Atenção Básica, como já explicitado anteriormente. A introdução destes conteúdos na formação dos recursos humanos em saúde, principalmente para o médico, tanto na graduação, como na pós-graduação, também já foi determinada em outros estudos como o de Motta e Aguiar (2007). Estes conteúdos necessitam ser inseridos para se garantir uma atenção adequada, realizada com um corpo de conhecimento e competências desenvolvidas para o enfrentamento do envelhecimento populacional brasileiro.

Inicialmente este estudo visava a compreender a atenção ao idoso no PSF com ênfase na identificação de conteúdos, habilidades e atitudes a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde, em especial os médicos. A observação da realidade do trabalho das equipes da ESF e a vivência no trabalho de campo mudaram esta ênfase inicial. Emergiu com grande intensidade a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o processo de trabalho das equipes no cotidiano. A resolutividade na atenção ao idoso no SUS será o somatório do desenvolvimento de competências, da reestruturação da rede de assistência de saúde, da construção de possibilidades intersetoriais de intervenção, conformando um novo modelo assistencial.

A construção da rede de atenção ao idoso adquiriu uma importância maior dentro da pesquisa, ficando evidente que é necessário problematizar qual é o papel a ser desempenhado pela ESF. Na prática, a proposição de reorientar o sistema de saúde a partir da atenção básica não deve ser confundida com atribuir à ESF toda a responsabilidade que cabe aos três níveis de atenção. O investimento no desenvolvimento de novas competências para os profissionais não irá substituir as ações que devem ser desempenhadas ao nível do ambulatório de especialidades, dos laboratórios e centros de diagnóstico, e dos hospitais gerais e especializados.

Algumas questões institucionais demandam ser discutidas devido à determinação que exercem no processo de trabalho. A baixa permanência dos profissionais, principalmente médicos na ESF já foi estudada (GUGLIELMI, 2006). Para estes profissionais existe uma depreciação do seu trabalho, pela pouca importância que lhes é atribuída por seus próprios pares, pelos usuários, pela remuneração, considerada baixa para a dedicação exclusiva que a ESF demanda. A rotatividade foi um dos pontos citados, tanto pelo gestor estadual, como pelos gestores municipais, como responsável pelo enfraquecimento da ESF, podendo comprometer o trabalho integrado e interdisciplinar das equipes. Outras dificuldades apontadas pelos gestores incluem restrito entendimento da proposta da ESF por parte dos profissionais, usuários e mesmo gestores, a pouca “adesão” dos profissionais às mudanças no processo de trabalho, a falta de recursos humanos como materiais, a violência urbana e a pouca integração da rede assistencial.

Um desafio apontado, pelas gestoras municipais entrevistadas, é a auto-gestão das unidades. Demanda programar processos decisórios no nível local a partir da equipe e da realidade encontrada na comunidade, num diálogo permanente com o nível central. Esta descentralização é contraposta, na prática, pelo administrador central, que verticaliza as decisões e programas. Segundo Vanderlei (2007), cabe ao gestor municipal ou da unidade viabilizar o funcionamento técnico, financeiro, o aporte de insumos. Desempenha também o papel de maestro, numa analogia com a orquestra. Na prática, contudo, não detém autonomia, o que reduz a possibilidade de planejamento e implantação de ações a partir de diagnósticos realizados localmente. Para este autor, a mudança no gerenciamento para uma prática baseada em tecnologia leve<sup>21</sup>, com gestão compartilhada, seria dispositiva para a ruptura com a racionalidade gerencial burocrática, possibilitando a recomposição do trabalho e mudanças no modo de fazer saúde.

A operacionalização da ESF como reorientadora do sistema de saúde depende não só dos profissionais como das mudanças na gestão. Uma gestão mais ágil poderia beneficiar-se de um cadastro ampliado que contemple (além dos dados da SIAB), outras informações que permitam identificar situações de risco à saúde e de violência mapeando as áreas de maior risco e demanda (SALA, 2004). Isto permitiria pactuar, ao nível local, a implementação de ações que aumentassem o acesso de grupos mais necessitados, a

---

<sup>21</sup> Tecnologia se refere a um conjunto de instrumentos materiais e de saberes utilizados na produção de serviços de saúde. Tecnologia leve é a produzida no trabalho vivo em ato, que contém as relações de interação e subjetividade (FERRI e cols, 2007).

satisfação do usuário, fortalecessem a vigilância epidemiológica e a promoção de saúde. A expansão dos indicadores como os propostos pela RIPSÁ (BRASIL, 2005) e os propostos pela AMQ (BRASIL, 2005), com ênfase no diagnóstico de capacidade funcional e risco de fragilidade, poderiam modificar o cenário na atenção ao idoso, uma vez que fossem utilizados na realidade do planejamento, programação e avaliação das ações, com participação dos membros da equipe.

A rotatividade de profissionais se alimenta da precariedade dos vínculos empregatícios, principalmente para o ACS, comprometendo a integração da equipe, que necessita de estabilidade. Isto também é comprometida pela grande rotatividade dos profissionais médicos (PEDROSA e TELLES, 2001). Durante a realização dos grupos focais, nesta pesquisa, ficaram claras as conseqüências da falta de integração, naquelas equipes onde a rotatividade foi maior, pois estes profissionais não interagem com os demais na busca de um trabalho conjunto.

Os contratos precários dos Agentes Comunitários de Saúde em alguns contextos os discriminam em relação aos demais profissionais da equipe. Estes são profissionais de nível elementar, com muitas atribuições e atuação estratégica dentro da proposta, conforme emerge nas entrevistas com gestores e colegas de equipe. Ficou evidente o papel central destes na interlocução com a comunidade e na organização do fluxo e processo de trabalho (identificado pelos Fluxogramas realizados). Também a eles cabe o papel de identificação dos problemas e indicadores de risco no domicílio para encaminhamento para a equipe na UBS, e, mesmo o acompanhamento dos usuários que excedem a capacidade da UBS.

Borstein e Stotz (2008) fizeram uma revisão de literatura, identificando eixos na ação dos ACS. No primeiro, relacionado à mudança do modelo assistencial, o autor identificou que a incorporação do ACS é considerada positiva, por alguns, pela mediação entre a população e o serviço, porém é também levantada a questão do trabalho do ACS como complementar aos tradicionalmente existentes, podendo mesmo representar a perpetuação de um modelo discriminatório dirigido à população carente.

No segundo eixo, é ressaltado o papel de mediador, em sua amplitude e ambigüidade. O ACS compartilharia com a comunidade as coisas que aprende. O pertencimento dele à comunidade garantiria o vínculo da equipe com as famílias adscritas. Além disto, os ACS seriam percebidos pela comunidade como um facilitador para o acesso na UBS, sofrendo, em ocasiões pressão política na comunidade. A visita em casa rotineira permite que o ACS entre em contato com situações da vida privada, que muitas vezes não são relacionadas diretamente à saúde, estendendo o seu papel de mediador para outras

instâncias. Este papel é reconhecido como gratificante pelos próprios ACS, que identificam nos usuários o retorno positivo deste trabalho. Porém, ficam expostos a situações como, por exemplo, da violência e sua denúncia como relatada em entrevistas neste trabalho.

No terceiro eixo, sobre as atribuições e formação, Borstein e Stotz (2008) identificaram que as atribuições estabelecidas pelo MS para o ACS são compostas de atividades relacionadas aos programas, tendo caráter biomédico individual, e que as informações do SIAB privilegiam a produtividade baseada em ações individuais e nos indicadores de saúde. Porém, como vimos muitas vezes, cabem aos ACS ações preventivas e de vigilância para a comunidade. A falta de acesso ao saber sistematizado, abrangendo questões políticas e de assistência social, restringe o ACS a trabalhar com conhecimentos cuja fonte é o senso comum e sua própria religiosidade, em geral, não legitimados pelos demais componentes da equipe. Isto foi percebido pelos ACS neste estudo, quando da auto-avaliação sobre a capacidade de resolver questões relacionadas aos usuários idosos.

Na sua prática, os ACS precisam de conhecimentos complexos e diversificados, que transcendem a saúde, que tem abrangência intersetorial, e que necessitam ser traduzidos de acordo com as necessidades da comunidade. O processo de educação permanente, dentro das equipes, privilegiaria esta complexa construção, na interface entre o senso comum e o conhecimento científico. Na prática da atenção ao idoso, cabe ao ACS a identificação dos idosos frágeis e dos em risco de desenvolver fragilidade. É necessário que eles não só desenvolvam esta competência, como possam trabalhar com indicadores de execução simples e rápida, de forma a permitir a constante atualização dos dados. A desorganização da rede é fator limitante para o desenvolvimento do trabalho do ACS, pois não há uma referência fácil para ser orientada ao usuário, se a questão não pode ser resolvida na UBS. Outro ponto é a assistência domiciliar realizada pela equipe, que discutiremos mais à frente.

Em estudo sobre ACS na atenção ao idoso, realizado em Pernambuco, Bezerra e cols (2005) encontraram que os agentes identificam como objetivo de seu trabalho a educação em saúde e as ações de atenção básica. Eles demonstram conhecimento sobre o conceito de saúde, mas têm uma expectativa negativa em relação ao envelhecimento (em grande parte devido a enfermidades e à suposta dependência física e emocional do idoso). A organização dos serviços foi identificada como o principal obstáculo: 40% citam como problema a falta de recursos e (des) organização dos serviços e 29% apontam o acesso difícil, a dificuldade de deslocamento e o conflito de gerações. Estes achados são reforçados pelas narrativas dos ACS entrevistados.

Realizando grupos focais com equipes de SF sobre temáticas de consenso e divergências entre seus profissionais no Piauí, Pedrosa e Teles (2001) identificaram temas relevantes e que corroboram os demais estudos. Todos apontaram a procura de consulta médica e de medicamentos como atrativos para a comunidade, o que representa um problema em relação aos princípios estabelecidos para a ESF, e sugere pouco entendimento da proposta de estratégia, como também foi apontado pelos profissionais entrevistados neste trabalho. Na relação da equipe foi identificada dificuldade com os ACS, relatadas pelos demais profissionais, atribuída à indefinição do seu papel, falta de supervisão e baixo grau de instrução. No tema relação com a comunidade, os participantes do estudo identificaram dificuldades e resistências no início da implantação. Os ACS explicitaram o constrangimento de se trabalhar com temas como condição de domicílio, lixo, saneamento, com os indivíduos da comunidade a qual pertencem. Ou seja, esta proximidade por um lado permite uma maior capilaridade nas ações, por outro o expõe junto aos seus vizinhos, fato mencionado nas entrevistas com os ACS deste estudo acerca do tema dos maus-tratos. No atendimento à demanda, também foram identificados temas como a dificuldade da referência e contra-referência, a presença de violência, drogas e outros problemas do cotidiano das comunidades. No tema condições de trabalho, foram identificadas como desfavoráveis para a gerência das unidades o acúmulo de atividades somado à demanda crescente e à desvalorização do profissional da atenção básica.

O rol de atividades previstas e de ações programadas para os profissionais das equipes de SF é longo e muito variado, além de diferente da prática habitual. Acrescentar mais funções à extensa lista em vigor pode comprometer a estratégia e gerar intensa frustração, principalmente se não há rede de suporte disponível. Neste sentido, a assistência domiciliar (AD) também merece entrar no debate. A PNSPI (BRASIL, 2006) incumbe a AB, em especial a ESF desta modalidade de assistência às famílias adscritas, assim como o acompanhamento de idosos institucionalizados. Esta incumbência ocorre numa rede ineficiente, sem apoio social, formal ou informal, onde o Estado demanda resultados, mas não oferece suporte para as famílias e para as comunidades, deixando a cargo das equipes a responsabilidade sobre o cuidado de indivíduos dependentes (idosos ou não).

Recentemente o MS lançou a Portaria 2529/2006, que institui a Internação Domiciliar no SUS. Considerando que a assistência domiciliar já é, supostamente, prestada por profissionais da AB ou especializada, esta se volta para a desospitalização, processo de alta precoce, redução de reinternação de pacientes crônicos. Garante em média de 30 dias

de internação domiciliar, devendo após este tempo o indivíduo retornar à sua ABS. Esta idéia incorpora o princípio da vinculação territorial e a necessidade de integração na rede.

Acontece que a assistência à saúde no domicílio representa mais do que simplesmente levar a equipe à casa do indivíduo. Implica em perceber e interpretar adequadamente o contexto sócio-econômico e cultural envolvidos, o que extrapola por completo as fronteiras do modelo biomédico, que informa as práticas mais tradicionais. Assim, este trabalho deve ser resolutivo dentro de cada contexto singular, sendo absolutamente necessária a integração das redes de apoio e o desenvolvimento de tecnologias diferenciadas (GIACOMOZZI e LACERDA, 2006).

Assistência Domiciliar é definida, no manual de Assistência Domiciliar na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2003), como a provisão de serviços de saúde, formais e informais, com o objetivo de promover, restaurar e manter o conforto, função e saúde das pessoas. Estes serviços podem ser classificados como preventivos, terapêuticos, reabilitadores, de acompanhamento por longo prazo e de cuidados paliativos. Sua complexidade decorre, em parte, da inespecificidade da faixa etária ou da patologia, sendo aplicada em função da presença de incapacidade. Demanda: a integração de serviços assistenciais e sociais; a necessidade de articulação com recursos da Atenção Secundária e Terciária; a necessidade de uma linha de cuidado, integrando uma rede; a necessidade do apoio da família e comunidade, constituindo uma rede de apoio (BRASIL, 2003).

A fim de organizar o fluxo do trabalho, é importante que se entenda as diferentes modalidades de assistência domiciliar. A organização do processo de trabalho, a integração dos diversos serviços, destes com a comunidade, a clareza do papel de cada instância e de seus limites, e, a importância de sua integração e do desenvolvimento de um trabalho intersetorial são pilares para a instituição desta prática. Assim, *Atendimento Domiciliar* é prestado para problemas agudos, temporários, que impeçam a ida à UBS. *Internação Domiciliar* é prestada à pacientes com problemas agudos ou egressos de hospitalização que exigem atenção mais intensa e que podem ser mantidos em casa, em um espaço de tempo determinado. *Acompanhamento Domiciliar* representa a modalidade de cuidado freqüente e programável que inclui doenças crônicas com dependência, fase terminal de doença, idosos com incapacidade funcional ou que moram sozinhos, egressos do hospital ou outras situações onde haja incapacidade para a locomoção até a UBS. *Vigilância Domiciliar* é a visita que objetiva a promoção, prevenção, educação em saúde, além da busca ativa da população da área.

Qual será, então, o papel da ESF dentro desta proposta? O trabalho de Vigilância Domiciliar fica claro dentro da proposta da Estratégia como um importante campo de atuação junto aos idosos. Ao desdobrarmos a idéia da vigilância domiciliar junto com a idéia de envelhecimento saudável e de prevenção em geriatria, podemos estabelecer um importante papel para a ESF junto à população, num trabalho voltado para a integralidade de ações.

Já para o Acompanhamento Domiciliar é necessária uma infra-estrutura maior, com a disponibilização de outros recursos que permitam o desenvolvimento do trabalho. O suporte e trabalho conjunto com outras instâncias de cuidado são determinantes. Para o idoso, o acompanhamento domiciliar pode estar vinculado a uma unidade especializada, de forma que haja suporte técnico e a ação de outros profissionais de saúde que não compõe a equipe habitual da ESF. Também, o apoio de unidades hospitalares, de hospitais-dia, centros-dia necessitam de ser articulados. É uma ação interdisciplinar e intersetorial, pois depende da assistência social, transporte, saúde entre outros, como foi explicitado nas entrevistas dos profissionais nesta pesquisa.

Objetivando a mudança de modelo assistencial e o suporte ao trabalho da ESF, Campos (2007) sugere a criação de apoio matricial e equipe de referência, representado por novos arranjos organizacionais e metodologia de gestão, que buscam criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e sanitário da ESF. O apoio matricial em saúde, tem por objetivo garantir a retaguarda especializada assistencial e de suporte técnico-pedagógico aos profissionais das equipes de saúde. Ele também descreve o apoiador como um especialista, com saber distinto ao da equipe, mas que trabalha no sentido de aumentar a capacidade resolutiva desta. Já a equipe de referência tem por objetivo aumentar o vínculo entre os profissionais, responsabilizando-se pelo acompanhamento longitudinal. É uma equipe multiprofissional, em uma construção de trabalho interdisciplinar, trabalhando com uma população adscrita. Este arranjo pretende garantir maior eficácia e eficiência em saúde, porém, implica em mudança na organização e funcionamento dos serviços e sistemas de saúde. A idéia do apoio matricial quebra a relação vertical existente entre especialista e o profissional generalista.

O Ministério da Saúde lança, em consonância a esta idéia, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família\_ NASF (BRASIL, 2008), que visa a ampliar a abrangência e conteúdo de suas ações e sua resolutividade, através do estabelecimento de equipes de apoio compostas por profissionais de saúde de diversas áreas e especialidades trabalhando com retaguarda

de equipes de SF. Ressalta-se a centralidade da construção da rede na saúde e da rede intersectorial para que esta prática possa ser estabelecida e resolutive.

Ao buscar-se identificar o papel da ESF na rede de atenção ao idoso, as práticas preventivas se mostram como centrais na atuação das equipes. A implementação de prática preventiva e reabilitadora vincula-se a uma grande redução de custo de internações e redução na presença de incapacidade nos indivíduos, idosos ou não, já que estas práticas devem ser feitas ao longo da vida. O envelhecimento saudável é construído desde o pré-natal e concretizado ao longo do ciclo de vida do indivíduo. A educação e promoção de saúde são ações do âmbito da ESF, onde a capilaridade é um elemento de grande importância. A busca ativa dos indivíduos e o trabalho de identificação precoce de agravos de alta prevalência nas populações adscritas, inclusive das doenças crônicas, representam ações possíveis de prevenção primária, secundária e terciária. Seu conteúdo pode e deve ser priorizado nas iniciativas de desenvolvimento profissional. Porém, em vista da realidade do processo de trabalho das equipes, identificado nesta pesquisa, além do preparo de profissionais, é necessário aumentar o acesso destes e dos usuários aos recursos de diagnóstico, reabilitação e tratamento. Só assim é possível garantir a efetividade e a eficiência e modificar a história natural das doenças, garantindo um envelhecimento saudável ou, pelo menos, sem incapacidades.

O tema rede de apoio não foi entendido pelos profissionais de forma estruturada, deixando claro o pouco conhecimento destes sobre o que é esta rede e seu papel na assistência aos usuários. Mesmo na Discussão do Caso-Problema, onde a família teria que assumir o cuidado do idoso, somente em uma equipe foi apontado a falta de estrutura no município para dar suporte para aquela família.

Apoio social é definido como sendo os recursos oferecidos por outras pessoas. Sua presença é associada a desfechos positivos nas condições de saúde e mortalidade na população, particularmente na idosa. O apoio social depende do tamanho, coesão e tipo de relacionamento na rede social (ROSA, 2004). Souza e cols (2007) definem que *rede social* é representada por tudo com o qual o indivíduo interage que faz parte de sua rede de relações. Fazem parte a família e a comunidade, representada por amigos e vizinhos onde os indivíduos encontram companhia, auxílio, serviços. *Apoio social* é definido como qualquer informação e/ou auxílio material fornecido por pessoas ou grupo com os quais têm contato sistemático, representando trocas mútuas, implicando em recíproca e laços de dependência mútua. As *redes de apoio* podem ser *formais*, representadas pelas políticas públicas, serviços de atenção à saúde, instituições jurídicas, órgãos de previdência social e

*informais* representadas pela família, comunidade, amigos e vizinhos. Esta pode conter os familiares que moram próximo, a família estendida (moram separados ou distantes) e a família modificada onde estão incluídos amigos e vizinhos.

O apoio social fornecido muitas vezes é determinante na presença e no grau de incapacidade, uma vez que hoje esta é considerada como socialmente definida (WHO, 2001), havendo uma relação com a existência de recursos disponíveis como renda e nível educacional. O apoio aos idosos é apontado na Constituição de 1988 e no Estatuto do Idoso como de responsabilidade do Estado, comunidade e família, assim, podemos identificar que as condições sociais, políticas e econômicas incapacitam tanto o Estado como a comunidade para este papel. Por outro lado, as mudanças na estrutura familiar, na sua composição, tamanho, papel e funções também fragilizaram a possibilidade da execução deste apoio. Este enfraquecimento é também apontado como determinante para o desenvolvimento de violência, devido ao esgarçado apoio que as famílias recebem do Estado no cuidado a um familiar dependente, estimulando o conflito.

Caldas (2002) em seu estudo sobre cuidadores de idosos demenciados, estende suas conclusões para idosos com alta dependência, pois, as questões que envolvem o cuidado, inclusive o desgaste causado pela tarefa, são originários da mesma situação: a falta de suporte, de apoio estratégico e institucional até de suporte emocional, de orientação e informação sobre a doença e seu cuidado. Coloca, assim, a importância da rede de suporte formal e informal ser reforçada, a fim de permitir que as famílias executem o trabalho de cuidar de seus idosos.

Assim, a família continua a ser a principal rede de suporte social devido à desorganização e empobrecimento da rede formal oferecida pelo Estado e Comunidade. Porém, o processo de cuidado de uma pessoa com alta dependência pode se revelar como o estopim de conflitos familiares gerados previamente ou em novas situações, principalmente, nas situações de pobreza e vulnerabilidade do núcleo familiar, gerando violência ou abuso.

Na transcrição das entrevistas, neste trabalho, eclodiu a questão da violência com idosos como um fator de grande mobilização para os profissionais das equipes. Segue-se a discussão sobre o tema, de forma a explorar a compreensão do fenômeno e sua inter-relação com a prática assistencial.

A Constituição de 1988 (no seu Artigo 230) determina que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”

(BRASIL, 1988). Esta referência também aparece na Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e o Estatuto do Idoso (Lei nº. 10.741) confirma a obrigatoriedade do cuidado e da denúncia (BRASIL, 2003).

Porém, apesar da identificação dos órgãos responsáveis por lidar com a denúncia, o estatuto não estabelece como será o processo de proteção do idoso, ou a abordagem da família (no caso de violência intrafamiliar). A denúncia do agressor familiar é uma das facetas mais controversas, pois este pode representar o único indivíduo possível para prestar cuidado. Seu afastamento pode representar a perda de qualquer possibilidade de apoio e a imposição da institucionalização do indivíduo. A orientação e suporte são considerados mais eficazes na garantia do cuidado, porém o Estado e a comunidade estão desorganizados e não prestam o apoio necessário às famílias (SANCHES, 2006) de forma que estas possam garantir o cuidado ao seu idoso.

O próprio idoso pode não querer denunciar para proteger seu familiar da acusação. Alguns deixam claro que a denúncia pode piorar sua situação, pois, mesmo com a denúncia, terão que permanecer próximos ao agressor, freqüentemente no mesmo domicílio. É esta realidade embrutecida da vida privada das famílias que é exposta, nas visitas domiciliares, aos ACS, com o agravante que, sendo este membro da comunidade, pode ser conhecido do núcleo familiar em questão, aumentando o estranhamento e dificuldade para lidar com a situação abusiva. É possível que a resistência na identificação de maus tratos, decorra do choque entre esta identificação e a idéia que de a família e as instituições são lugares que oferecem proteção (BOVER e cols, 2003).

A violência, ou abuso, contra os idosos é mais uma expressão de discriminação social a esta população. Tal discriminação é corroborada pelo próprio Estado, que associa o alto custo do sistema previdenciário e de saúde à população idosa, além de não implementar políticas e programas de proteção, apesar das leis e instituições existentes para este fim. A violência ocorre cotidianamente no interior das instituições de saúde e assistência social, além do ambiente familiar. Minayo (2003) salienta que a alta prevalência da violência intrafamiliar contra os idosos se deve provavelmente ao choque de gerações, espaço físico, dificuldade financeira associada a esta pouca importância social imputada aos idosos. É interessante observar que, apesar deste imaginário de decadência e peso social, a população idosa hoje representa um importante percentual dos responsáveis pelo sustendo dos domicílios, sendo deles a renda oriunda de pensão e/ou aposentadoria que mantém os membros mais jovens da família (CAMARANO, 2002).

Existem fatores de risco identificáveis associados ao abuso: agressor e vítima viverem na mesma casa, filhos serem dependentes financeiramente dos pais, idosos da família de seus filhos para manutenção e sobrevivência, abuso de álcool e drogas pelos filhos, outro adulto na casa ou pelo próprio idoso, haver na família vínculos frouxos, de pouca comunicação e afetividade, isolamento social dos familiares e do idoso, o idoso ter sido uma pessoa agressiva nas suas relações familiares, haver história de violência na família, os cuidadores terem sido vítimas de violência doméstica ou padecerem de depressão ou distúrbio psiquiátrico.

Apesar do cuidado de um indivíduo de alta dependência ser uma relação estressante, a violência aparece quando há isolamento social do cuidador, quando este sofre de depressão, quando os laços afetivos são frouxos ou quando este foi vítima de violência por parte de idoso (MINAYO, 2003). Estes são indicativos que devem ser buscados, sendo esta ação considerada como preventiva na prática das equipes de SF. Os Agentes Comunitários de Saúde devido ao seu trabalho próximo à comunidade são agentes importantes nesta identificação, devendo ser treinados e apoiados em suas ações.

Abuso é definido como “um ato único ou repetido, ou a falta de ação ocorrendo em uma relação onde se espera confiança, que causa dano ou angústia a uma pessoa idosa” (Action on Elder Abuse, 1995/WHO, 2002). Vários tipos de abusos contra idosos são descritos: abuso físico, abuso psicológico/emocional, abuso financeiro ou material, abuso sexual, e, a negligência (WHO, 2002).

A INPEA (International Network for the Prevention of Elder Abuse, colaborando com a WHO, 2002), realizou uma pesquisa em países em desenvolvimento, na qual o Brasil participou, através de grupos focais, buscando entender a visão dos idosos sobre a questão. Foram identificadas as seguintes formas de abuso nestes países, como as mais significativas para os idosos: A) estrutural e social: onde há uma implicação dos governos e de fatores estruturais nos maus tratos, tanto em casa, como em locais públicos e instituições de saúde; B) negligência e abandono; C) desrespeito e atitude preconceituosa: existe uma correlação com a imagem passada pela mídia que incentiva o preconceito mostrando um estereótipo negativo; e, D) abuso legal e financeiro.

As instituições de longa permanência, no Brasil, foram vinculadas, na pesquisa do WHO (2002), à idéia de maus tratos e consideradas como a última saída para indivíduos muito pobres e sem família. A falta de recursos financeiros e de rede de suporte torna, porém, sua existência necessária. A rede da atenção ao idoso requer a existência de instituições e ações para idosos saudáveis, para idosos com dependência física e mental e

para cuidados paliativos, já que cada um destes há uma demanda de cuidados distintos. Hoje, eles ainda são tratados sem o reconhecimento de suas especificidades. O sistema de saúde não contempla estas necessidades, assim como não dá suporte para a família cuidar de seu idoso.

Também, os profissionais de saúde, neste trabalho da WHO (2002), foram identificados pelos idosos como vítimas e algozes, sendo percebidos por eles como parte do problema. Os próprios idosos entrevistados associaram a falta de capacitação, a falta de tempo para a escuta apropriada, devido ao processo de trabalho ou cultura institucional à violência presente nas ações dos profissionais. Eles apontaram intervenções e estratégias de prevenção como a educação contra o preconceito acerca do envelhecimento e a ampla discussão da questão dos maus tratos, o investimento na relação intergeracional, a mudança do papel da mídia, a necessidade de se investir em atividades de recreação e em soluções estruturais, e o desenvolvimento de pesquisa (WHO/INPEA 2002).

Em pesquisa baseada nos dados do Disque Idoso, no Rio de Janeiro e da Voz do Cidadão, no Senado Federal, Pasinato, Camarano e Machado (2006) encontraram que, no primeiro, no período de 2002 a 2005, 1/3 das denúncias realizadas eram de abandono, 1/4 de violência física, e que 20% se deviam a maus tratos psicológicos e abuso material, sendo a família ou familiares próximos os principais agressores. Nos dados da Voz do Cidadão, Ouvidoria do Senado Federal, 59% das denúncias eram por violência doméstica e 41% por violência institucional, com o transporte o maior causador. Esta diferença pode ser explicada pelo distinto papel das duas instituições para a população. Também as autoras mostram que os serviços de apoio disponíveis, e apontados na legislação como as instituições a serem feitas as denúncias, não suprem a demanda devido à pouca divulgação para a população, e pela precariedade das suas estruturas físicas e humanas.

O trabalho preventivo, de identificação, de acompanhamento e suporte faz, com certeza, parte das ações da ESF. Porém, os profissionais precisam ser capacitados e apoiados para este trabalho que é intensamente mobilizante. Novamente, a inexistência de uma rede de atenção ao idoso, longitudinal, integrada aos seus diversos níveis e trabalhada de forma intersetorial impede a execução deste trabalho. Talvez, a violência seja uma das situações onde o trabalho intersetorial seja mais determinante para um bom desfecho.

Um aspecto da violência, que precisa entrar na pauta de discussão, é a violência institucional. Na pesquisa realizada pela WHO (2002), esta foi uma forma de violência identificada pelos idosos, sendo no Brasil o Sistema de Saúde apontado como um dos que mais viola os direitos dos usuários.

A violência institucional foi apontada pelos profissionais entrevistados como algo que os mobiliza, e incomoda como algo que interfere com o seu trabalho, por não permitir que este se realize a contento, porém, sem ser identificado como uma forma de violência. A exposição desta questão no debate pode facilitar o encontro de estratégias para mudanças no processo e forma de organização do trabalho.

## **CAPÍTULO 12 - Considerações Finais**

Este trabalho teve por objetivo conhecer a atenção ao idoso no contexto de trabalho da Estratégia de Saúde da Família no Estado do Rio de Janeiro. A pesquisa foi realizada em três municípios do Rio de Janeiro, em seis equipes de saúde da família. As percepções e experiências dos profissionais na atenção a idosos, obtidas através de entrevista aberta, foram sistematizadas à luz de fluxogramas descritores das unidades selecionadas e do debate, com os profissionais envolvidos, do caso-problema. A partir das inferências obtidas através do processo de trabalho, da verificação do conhecimento técnico e da percepção dos profissionais das equipes foi possível problematizar as dificuldades encontradas por estes na atuação junto aos idosos e discutir o papel da ESF numa rede de atenção ao idoso.

Pensar no desenvolvimento de competências para os profissionais atuarem na atenção ao idoso, na atenção básica, como também nos demais serviços e níveis de assistência, é fundamental para assegurar a qualidade e integralidade da atenção à saúde da população como um todo e dos idosos em especial.

Pode-se concluir sobre o questionamento do papel da ESF na rede de atenção ao idoso que a prevenção do envelhecimento saudável na população e as medidas de prevenção primária e secundária são práticas afeitas à ESF. A prevenção primária requer um trabalho de educação e de vigilância, a fim de conseguir identificar o problema antes de sua manifestação clínica, sendo esta a forma mais eficaz de redução e prevenção das doenças crônico-degenerativas, ou da incapacidade delas resultante.

Em paralelo, é necessário melhorar a competência do sistema de saúde na atenção à saúde de seus usuários, em especial dos idosos, de forma a garantir a possibilidade de um trabalho longitudinal, interdisciplinar e intersetorial, resolutivo que viabilize o envelhecimento saudável com preservação da qualidade de vida, com base na preservação da autonomia e independência dos indivíduos.

O desenvolvimento de competências, para os profissionais de saúde atuarem na AB, é uma das ações necessárias para o enfrentamento do envelhecimento populacional. O processo de formação e capacitação dos profissionais de saúde, aqui com enfoque no médico para a atenção ao idoso, está vinculado a uma, cada vez maior, necessidade de introdução destes conteúdos na graduação, conforme já apresentado e organizado pela BGS (2007). Também os cursos de pós-graduação, incluindo a residência médica, voltados para profissionais que atuarão na Atenção Básica, Medicina de Família, Clínica Médica

devem conter conteúdos que permitam o desenvolvimento de competências para lidar com esta população, com introdução de treinamento prático associado ao teórico.

Os conteúdos de geriatria e gerontologia ainda têm pouco peso na formação do profissional de saúde, tanto na graduação, como na pós-graduação. Está na hora de ampliar o leque das disciplinas que compõem o elenco das áreas básicas, hoje, representadas pela pediatria, clínica médica, clínica cirúrgica, ginecologia e obstetrícia. A geriatria e gerontologia devem ser inseridas neste grupo, devido à pressão demográfica e epidemiológica existente (pelo menos com maior representação dentro da clínica médica). A Educação Permanente representa a iniciativa para o desenvolvimento de competências para os profissionais já em campo, de forma a trabalhar com as especificidades de suas práticas, assim como facilitar a integração entre os componentes da equipe.

Para que a ESF tenha uma atuação eficaz é preciso discutir o papel dos ACS no processo de trabalho, investindo em sua capacitação e integração à equipe, visto a sua importância no desenvolvimento das ações da Estratégia. Isto inclui a formalização de seus contratos e o apoio às suas ações. São estes profissionais que fazem a mediação com a comunidade, cujo trabalho permite a identificação precoce de riscos diversos como violência domiciliar, desenvolvimento de incapacidades, identificação de usuários de risco de fragilidade, dos com alta dependência, dos acamados. Em relação à atenção aos idosos, o trabalho dos ACS demanda a utilização de protocolos de simples e fácil aplicação, que possam trazer respostas às demandas e não só identificação do problema. O excesso de famílias adscritas em algumas equipes traz a necessidade de triagem, com redução do acesso dos usuários às UBS, deixando com o ACS o acompanhamento dos usuários não cadastrados nos programas instituídos pelo MS. Isto é um fator dificultador para ações de prevenção e promoção de saúde, para a comunidade em geral, principalmente os adultos e idosos.

A construção de uma rede de atenção à saúde do idoso, porém, é o pilar central que sustenta o desenvolvimento das competências, e talvez seja o maior desafio. Esta rede, por definição, é complexa, composta por diversos tipos de serviços, que demandam fontes de financiamento, às vezes distintos, que devem ser estruturadas de forma regionalizada, integrada, com o objetivo de garantir a longitudinalidade da atenção. Algumas premissas informam a organização desta rede. A regionalização corresponde a uma das diretrizes do SUS. É preciso organizar-se a partir da periferia do sistema, ou seja, basear-se no nível dos municípios (ou distritos, áreas programáticas) de forma a identificar necessidades locais e adequar as ações contemplando as demandas das comunidades e dos profissionais de saúde

da família. Também é necessário mapear e otimizar o uso de recursos existentes nas comunidades e que possam oferecer suporte, como é diretriz da ESF.

A integração entre secretarias, e mesmo ministérios, trabalhando como proposto pelo Plano Integrado (BRASIL, 1996) é fundamental para a construção de um trabalho intersetorial, devendo, contudo, ter uma coordenação que amarre estas interfaces. Assim, cada ministério ou secretaria executa a sua função, porém de forma integrada e coordenada, com objetivo comum. Inúmeras situações identificáveis atualmente demonstram a falta de integração. Por exemplo, as instituições asilares são de responsabilidade do setor da Assistência Social, e os idosos asilados (já excluídos socialmente) envelhecem nestas instituições sem o acompanhamento pelo setor saúde (ou este é feito de forma irregular, com intervenções pontuais, sem ações preventivas ou reabilitadoras). Não existem modelos diferentes de instituições de longa permanência. Ocorre que idosos com risco de desenvolver fragilidade, ou com incapacidade instalada, demandam assistência que não é somente social.

A falta de serviços com objetivos distintos com reabilitação, cuidado de enfermagem, cuidado paliativo, cuidado para portadores de incapacidade física e/ou mental, que dêem conta de demandas distintas, fragmenta e dificulta uma assistência longitudinal e cuidadora. Outro limitante apontado nas entrevistas é a falta de transporte que viabilize o atendimento a usuários com locomoção prejudicada.

Também, o trabalho de socialização dos indivíduos idosos integra ações de outras esferas que não a saúde, como a Educação e Ação Social. Este tipo de trabalho, voltado para indivíduos considerados saudáveis, demanda parcerias entre instâncias da saúde e aquelas de outras secretarias.

A entrada do usuário idoso em uma rede de atenção tem que se dar a partir dos diferentes serviços e níveis assistenciais. Daí a importância da capacitação, criação de referências e contra-referências que estejam interligadas, da adaptação de instrumentos de identificação de risco de fragilidade e incapacidade funcional, dentro de cada nível assistencial, com ênfase da inclusão na Atenção Básica. Cada um dos serviços e níveis assistenciais deve ter claro, tanto para si como para a comunidade, seu espectro de ação. As ações devidas a cada nível assistencial ou serviço informam, a partir da prática, os conteúdos específicos para seus profissionais atuarem com qualidade.

Assim, fica mais claro o papel da ESF, na vigilância domiciliar, prevenção primária e secundária, educação e promoção de saúde. A identificação do idoso de risco de fragilização ou perda funcional, o acompanhamento dos idosos acamados ou incapacitados

de se locomoverem, o trabalho de prevenção terciária, permeiam ações da Estratégia, porém, demandam a implantação de núcleos de apoio em Geriatria e Gerontologia garantindo a retaguarda técnica necessária. Esta proposta é análoga à proposta dos NASF (BRASIL, 2008), mas tem como foco o envelhecimento, adotando caráter regionalizado (de nível municipal ou em unidades menores) com uma equipe diversificada que se responsabilizaria pela avaliação (multidimensional) dos usuários, organização do plano terapêutico e identificação do tipo de assistência cada indivíduo necessita.

A desorganização da rede, a falta de estruturas de apoio, a falta de integração dos poucos serviços existentes e a falta de serviços especializados, como os de reabilitação; as unidades de assistência geriátrica diferenciadas, como centros-dia, hospitais-dia, unidades de média permanência para reabilitação, unidades de longa permanência com cuidado específico para idosos comprometidos física ou mentalmente, unidades de cuidados paliativos e de suporte e apoio às famílias e cuidadores incapacitam o sistema para prestar uma atenção integral à saúde do idoso.

Sumarizando, é necessário otimizar o sistema com ações que já foram apontadas como importantes, algumas, há mais uma década, e desenvolver as competências necessárias aos profissionais para executar a tarefa. Desta forma, pode-se identificar que, apesar das regras e leis já estabelecidas, a importância social dada ao idoso não é suficiente para impor uma vontade política para desenvolver os necessários equipamentos no sistema, de forma a permitir um trabalho resolutivo dos profissionais capacitados para tal.

Esta pesquisa permitiu conhecer melhor a atenção ao idoso no contexto de trabalho da Estratégia de Saúde da Família no Estado do Rio de Janeiro, portanto, seu objetivo principal foi atingido. Do conhecimento gerado, emergiu um papel para a Estratégia de Saúde da Família frente ao desafio do envelhecimento populacional, sendo assim, possível apontar os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para estes profissionais.

No entanto, é importante apontar que este trabalho teve como limitação ter focado apenas a ESF, não sendo estudado outros níveis assistenciais necessários para a construção da rede da atenção ao idoso. Também, não foram escutados os idosos das comunidades estudadas de modo a se conhecer a questão a partir do olhar do usuário. Por outro lado, o fato de apenas o Estado do Rio de Janeiro ter sido estudado é uma limitação. Pois, apesar de ser o estado mais envelhecido, tem particularidades culturais, econômicas, de articulação de sistema de saúde, entre outras, que são distintas de outros Estados do Brasil. Assim, é importante que se conheça melhor como está acontecendo a atenção ao idoso em contextos diversos.

Algumas questões, não respondidas por este estudo, ficam em aberto para possíveis desdobramentos no desenvolvimento de competências profissionais e na organização de rede. Entre estas questões sobressai a importância de estudar-se, futuramente, os indicadores de risco de fragilidade e incapacidade nos diversos níveis de atenção, de forma a adequá-los aos diferentes processos de trabalho. Também, estudos para adequação de metodologias de trabalho, na integração de uma rede de atenção, a partir do sistema local, podem ser importantes contribuições para a atenção ao idoso no Brasil.

### Referências Bibliográficas

ADAMS, W. L.; MCILVAIN, H. E.; LACY, N. L.; MAGSI, H.; CRABTREE, B. F.; YENNY, S. K.; SITORIUS, M. A. Primary Care for Elderly People: Why Do Doctors Find It So Hard? **The Gerontologist**, v. 42, n. 6, p. 835-842, 2002.

AGUIAR, A. ; CORDEIRO, H. Integração Horizontal e Vertical no Currículo Médico no Contexto das Novas Diretrizes Curriculares: o Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá. **Revista Bras. Edu Med. RJ** v.28.n.2, p. 164-172, maio/ago 2004

AGS EDUCATION COMMITTEE AND POLICY ADVISORY GROUP. Education in Geriatric Medicine **Journal of American Geriatrics Society**, v. 49, p. 223-224, 2001.

AGS PUBLIC COMMITTEE. Care management position statement **Journal of American Geriatrics Society**, v. 48, p. 1338-1339, 2000.

AGS. Position Statement : Education in Geriatric Medicine [www.americangeriatrics.org](http://www.americangeriatrics.org). Acesso em: 24/06/2002.

AGS. THE EDUCATION COMMITTEE WRITING GROUP. Core Competencies for the Care of Older Patients: Recommendations of the American Geriatrics Society. **Academic Medicine**, 2000. 75/3, p. 252-255.

AGS. EDUCATION COMMITTEE. Curriculum Guidelines on the Care of the Elderly for Internal Medicine Residency Training Programs. **American Journal of Medicine**, New York, v. 103, p. 260-262, 1997.

ALBA, A, S.; CANTERA, I. R.; MOYA, D. S. Valoración Geriátrica Integral. Conceptos generales. Beneficios de la intervención. Grupos de riesgo. In: ALBA, A.S.; LLERA, F. G.; CANTERA, I. R. **Manual de Geriatria**. 3 ed. Madri: Elsevier- Masson, 2003. cap.17. p. 223-230.

ALBA, A. S.; CORTÊS, J. J. B. Cuidados Continuados Sanitarios en la Comunidad e Instituciones, In: ALBA, A. S.; LLERA, F. G.; RUIPÉREZ, I. **Manual de Geriatria**. 3 ed. Madri: Elsevier- Masson, 2003. p. 183-197.

ALBA,A.S.; LLERA, F.G.; RUIPÉREZ,I. Unidades Geriátricas de Hospitalización In: ALBA,A.S.; LLERA, F.G. **Manual de Geriatria**. 3 ed Madri: Elsevier- Masson, 2003. p. 161-170.

ALLUÉ, R.C. Valoración y proyecciones. In: MORAGAS, R. M **El reto de la dependencia al envejecer** . Barcelona: Herder, 1999. p. 89.

ALMEIDA, M.C. P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo "novas autonomias" no trabalho. **Interface \_ Comunicação, Saúde , Educação**, v. 9, p. 150-153, 2001.

AMERICAN GERIATRIC SOCIETY, BRITISH GERIATRIC SOCIETY, AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS PANEL ON FALLS PREVENTION. Guideline for prevention of falls in Older Persons **Journal of American Geriatrics Society**, v. 49, p. 664-672, 2001.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

AVLUND, K.; DAMSGAARD, M. T. ; SAKARI-RANTALA, R.; LAUKKANEN, P.; SCHROLL, M. Tiredness in daily activities among nondisable old people as determinant of onset of disability **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 55, p. 965-973, 2002.

AVLUND, K.; VASS, M.; HENDRIKSEN, C. Onset of mobility disability among community-dwelling old men and women. The role of tiredness in daily activities **Age and Ageing**, v. 32, n. 6, p. 579-584, 2003.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARONDESS, J.A. Toward Healthy Aging: The Preservation of Health **Journal of American Geriatrics Society**, v. 56, n. 1, p. 145-148, 2008.

BARRY, P. P. Geriatric Education: a Team Approach In: ANNUAL MEETING OF THE ASSOCIATION FOR GERONTOLOGY IN HIGHER EDUCATION, 23., 1997, Boston, Massachusetts, USA. **The Beverly Lecture on Gerontology and Geriatrics Education**. New York, Washington, USA: Association for Gerontology in Higher Education, 1997. p. 1-14.

BATISTA, L.L.; FERNANDES, M.G.M.; NÓBREGA, M. S. L. Avaliação Geriátrica abrangente de idosos atendidos em uma Unidade de Saúde da Família. **Atenção Primária Saúde**, v. 6, n. 2, p. 61- 69, jul./dez. 2003.

BEAGLEHOLE, R.; EBRAHIN, S.; REDDY, S.; VOÛTE, J.; LEEDER, S. (CHRONIC DISEASE ACTION GROUP). Prevention of chronic diseases: a call to action. **Lancet**, v. 370, n. Serie Chronic Disease 5, p. 2152-2157, 22/29 Dez 2007.

BERNABEI, R.; LANDI, F.; SGADARI, A.; ZUCCALA, G.; MOR, V.; RUBEINSTEIN, L.Z.; CARBONIN, P. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people in community **British Medical Journal**, v. 316, n. 7141, p. 1348-1351, 1998.

BEZERRA, A.F.B.; ESPÍRITO SANTO, A.C.G.; BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 809-815, 2005.

BLOMM, H. G. Preventive medicine: when to screen for diseases in older people **Geriatrics**, v. 56, n. 4, p. 41-45, 2001.

BLUESTEIN, D. Prevention **Geriatrics**, v. 60, n. 2, p. 34-39, 2005.

BORNSTEIN, V.J.; STOTZ, E.N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão de literatura **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 259-268, fev. 2008.

BOULT, C.; BOULT, L. B.; MORISHITA, L.; DOWD, B.; KANE, R.L.; URDANGARIN, C. .F. A Randomized Clinical Trial of Outpatient Geriatric Evaluation and Management **Journal of American Geriatrics Society**, v. 49, p. 351-359, 2001.

BOULT, C.; BOULT, L.; MURPHY, C.; EBBITT, B.; LUPTAK, M.; KANE, R. L. A Controlled Trial of Outpatient Geriatric Evaluation and Management. **Journal of American Geriatrics Society**, v. 42, p. 465-470, 1994.

BOULT, C.; BOULT, L.; PACALA, J. P. Systems of Care for Older Populations of the Future . **Journal of American Geriatrics Society**, v. 46, p. 499-505, 1998.

BOULT,C.; DOWD,B.; MCCAFFREY, D.; BOULT, L.; HERNANDEZ,R.; KRULEWITCH,H. Screening Elders for Risk of Hospital Admission **Journal of American Geriatrics Society**, v. 41, p. 811-817, 1993.

BOVER, A. B.; SANCHO, M.; MAGANA, S.M.; APARICIO, J.M.T. El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. **Atención Primaria**, v. 32, n. 9, p. 541-551, 2003.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 out. 1988.

BRASIL. Congresso. Senado. Lei nº 8080 **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Justiça. Lei nº 8842. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 jan. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.

BRASIL Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. **Plano de Ação Governamental Integrado para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso** Brasília, DF.: Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria de Assistência Social., 1996. 55 p.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Ação Social (BR). **Plano de ação governamental integrado para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso**. Brasília (DF): Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Ação Social; 1996.

BRASIL. Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes da educação nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez 1998

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES n° 4**, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina. Brasília, DF, 7 nov. 2001.

BRASIL. **Relatório Nacional sobre Envelhecimento Populacional** Brasília, DF, 2002.

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde.Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos**: síntese dos principais resultados, Brasília, DF. Departamento de Atenção Básica, 2002. 228 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária**. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003. 46 p.

BRASIL. Congresso. Senado. Parecer n° 1301 de 2003. Estatuto do Idoso. **Projeto de Lei da Câmara número 57**, Brasília, DF: Senado Federal, Comissão Diretora.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF, 2004. 20 p. Série B Textos Básicos de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família** Brasília, DF, 2005. (Série B: Textos Básicos de Saúde, 6).

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS. Portaria n° 399. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006, p.43-51.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 19 de outubro de 2006. Define os conteúdos mínimos do Curso Introdutório para Profissional da Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006.

BRASIL - Ministério da Saúde. Portaria n° 2528, de 2006. Aprova Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out.2006. p.142-148

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2529, de 19 de outubro de 2006. Institui a Internação domiciliar no âmbito do SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006. p. 145

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa** . Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. (Série A: Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, 19).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica - Portaria 648/GM**. Brasília, DF: 2006. 60 p. (Série A: Normas e Manuais Técnicos \_ Pactos pela Saúde 2006, 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa** : Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Manual de preenchimento**. 1 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 24 p. (Série A: Normas e Manuais Técnicos.)

BRASIL. **Programa Saúde da Família** Disponível em: [http://portalweb05.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=168](http://portalweb05.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=168) Acesso em: 20 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria NASF-Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, seção 1, p. 47, 25 jan 2008.

BRASIL.Ministério da Saúde.Secretaria de Políticas de Saúde.Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. **O Programa de Saúde da Família**: evolução de sua implantação no Brasil. Relatório final. Disponível em: [http:// www. saude.gov.Br](http://www.saude.gov.Br)

BRITISH GERIATRICS SOCIETY. British Geriatrics Society Education and Training Committee . **The Medical Undergraduate Curriculum in Geriatric Medicine - Compendium document 5.1** London: Disponível em: [http:// www. bgs.org.uk](http://www.bgs.org.uk), 2007.

CADERNOS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE Disponível em : <http://www.datasus.gov.br> Acesso em 19 set. 2007

CAETANO, R.; DAIN, S. O Programa de Saúde da Família e a Reestruturação da Atenção Básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 11- 20, 2002.

CALDAS, C.P. O Idoso em Processo de Demência: o impacto na família. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JR, C.E.A. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. cap.3. p. 51-71.

CAMARANO, A.A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica In: TEXTOS PARA DISCUSSÃO, 858., Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

CAMARGO JR., K.R. Apresentando LOGOS: um gerenciador de dados textuais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 286-287, 2000.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CASTRO, M. R.; VARGAS,L.A. A interação/ Atuação da Equipe do Programa de Saúde da Família do Canal do Anil com a População Idosa Adscrita **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 329-351, 2005.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

COHEN, H. J. Geriatric Education: a model for Integration In: ANNUAL MEETING ASSOCIATION FOR GERONTOLOGY IN HIGHER EDUCATION, 28., 2002, Pittsburgh, PA, USA. **The Beverly Lecture on Gerontology and Geriatrics Education**. New York, Washington, USA: Association for Gerontology in Higher Education, 2002. p. 1-23.

COHEN, M.; LEVIN, S.H.; GAGIN, R.; FRIEDMAN, G. Elder Abuse: Disparities Between Older People's Disclosure of Abuse, Evident Signs of Abuse, and High Risk of Abuse. **Journal of American Geriatrics Society**, v. 55, p. 1224-1230, 2007.

COOK-SHUMWAY, A.; PATLA, A.; STEWART, A.; FERRUCCI, L.; CIOL, M.A.; GURALNIK, J.M. Environmental Components of Mobility Disability in Community-Living Older Persons **Journal of American Geriatrics Society**, v. 51, p. 393-398, 2003.

COUNSELL, S.R; CALLABAN, C.M; BUTTAR, A.B; CLARK, D.O; FRANK, K.I. Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders (GRACE): A New Model of Primary Care for Low-Income seniors. **Journal of American Geriatrics Society**, 2006. 54, p. 1136-1141,

DataSUS Disponível em : <http://www.datasus.gov.br/idb> 2006 Acesso em 12 mar.2007

DEPRESBITERES, L. Certificação de competências: a necessidade de avançar numa perspectiva formativa. **Formação. Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência**. Brasília, DF., n. 2, p. 27-38, 2001.

FERRUCCI, L.; GURALNIK, J.M.; STUDENSKI, S.; FRIED, L.P.; CUTLER, G.B.; WALSTON, J.D. Designing Randomized, controlled Trials Aimed at Preventing or Delaying Functional decline and disability in Frail, older Persons: a consensus report. **Journal of American Geriatrics Society**, v. 52, n. 4, p. 625-634, 2004.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS **Interface \_ Comunicação, Saúde , Educação**, v. 9, n. 18, p. 489-506, set/dez 2005.

FEUERWERKER, L.C.M.; SENA, R.R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? **Olho Mágico**, v. ano 5, n. 18, p. 5-6, mar. 1998.

FINUCANE, T.E. How is geriatrics different from general internal medicine? **Geriatrics and Gerontology International**, v. 4, p. 259-261, 2004.

FLEMING, K.C.; EVANS, J.M.; WEBER, D.C.; CHUTKA, D.S. Practical Functional Assessment of Elderly Persons: a primary-care approach. **Mayo Clin Proc**, v. 70, p. 890-910, 1995.

FLORES, G.A.L. **Eficácia de um instrumento de avaliação pluritemática da saúde de idosos (APSI) na determinação de indicadores de saúde geriátrica**. 2004. 399 f. Tese (

Doutorado Gerontologia Biomédica )- Programa de Pósgraduação em Gerontologia Biomédica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004

FRANCO, T.; MERHY,E. **PSF**: contradições e novos desafios. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>> Acesso em: 26 out. 2004.

FRANCO,T.B. Fluxograma descritor e projeto terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz(MG). In: MERHY,E.E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M.; RIMOLI,J.; FRANCO,T.B.; BUENO,W.S. **O trabalho em Saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. cap. 6. p. 161-198.

FRANCO,T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado in: MERHY,E.E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M.; RIMOLI, J.; FRANCO,T.B. **O trabalho em Saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. cap. 4. p. 125-133.

FRIED, L.P.; FERRUCI, L.; DARER, J.; WILLIAMSON, J.D.; ANDERSON,G. Untangling the concepts of disability, frailty, and co morbidity: implications for improved targeting and care. **Journal of Gerontology: Medical Sciences**, v. 59, n. 3, p. 255-263, 2004.

FRIED, L.P.; TANGEN, C.M.; WALSTON, J.; NEWMAN, A.B.; HIRSCH,C.; GOTTDIENER, J.; SEEMAN,T.; TRACY,R.; BURKE,G.; MACBURNIE,M.A. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **Journal of Gerontology: Medical Sciences**, v. 56A, n. 3, p. M146-M156, 2001.

FRIED,L.P.; WALSTON,J. Frailty and Failure to Thrive in: HAZZARD,W.R. E COLS **Principles of Geriatric Medicine and Gerontology**. 5th ed. New York: Mc GrawHill, 2003. p. 1487-1502.

FRIES,J.F. Aging, Natural Death and Compression of Mortality. **New England Journal of Medicine**, 303:130-135,1980.

GIACOMOZZI,C.M.; LACERDA,M.R. A prática de assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, 2006.

GLESNE,C.; PESHKIN,A. **Becoming Qualitative Researches: an introduction**. New York: Lonman, 1992. 199 p.

GRUNDY, E.; GLASER,K. Socio-demographic differences in the onset and progression of disability in early old age: a longitudinal study **Age and Ageing**, v. 29, p. 149-157, 2000.

GUGLIELMI, M.C. **A política pública "Saúde da Família" e a permanência fixação do profissional em Medicina: um estudo de campo em Pernambuco**. 2006. (Tese em Política, Planejamento e Administração em Saúde). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

HAMMERLEY, M. **What's Wrong with Ethnography?** London, New York: Routledge, 1993.

HAZZARD, W.R.; WOOLARD, N.; REGENSTREIF, D.I. Internal Medicine: at the nexus of the health care system in responding to the demographic imperative of an aging population. **The American Journal of Medicine**, v. 110, p. 507-513, 15 Apr., 2001.

HAZZARD, W.R.; LUNDEBJERG, N.; REGENSTREIF, D.I.; WOOLARD, N.; CLAYTON, C.P.; HIGH, K.P. Expanding Geriatrics into Subspecialty Internal Medicine Healthcare, Research and education: Caring for Older Adults and the T. Franklin Williams Career Development Awards **The American Journal of Medicine**, v. 113, p. 533-536, Oct. 2002.

HÉRBERT, R.; PRISMA GROUP. PRISMA A new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. In: HÉRBERT, R.; TOURIGNY, A.; GAGNON, M., orgs. **Integrated service delivery to ensure person's functional autonomy**. S. l.: EDISEN, 2005, cap. 1, p. 5-22

HENRIQUES, R.L.M.; ACIOLI, S. A expressão do cuidado no processo de transformação curricular da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Cuidado\_ as fronteiras da integralidade**. 1. ed. Rio de Janeiro: Hucitec-IMS, 2004. p. 293-305.

IBGE. Disponível em : <http://www.ibge.gov.br/cidades>. Acesso em 19 set. 2007

INOUYE, S. K.; STUDENSKI, S.; TINETTI, M.E.; KUCHEL, G.A. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. **Journal of American Geriatrics Society**, v. 55, n. 5, p. 780- 791, May 2007.

JOINT COMMITTEE ON HIGHER MEDICAL EDUCATION. **Higher Medical Training Curriculum for Geriatric Medicine** London: Joint Committee on Higher Medical Education, 2003. p.1-60

JONES, D.M; SONG, X; ROCKWOOD, K. Operationalizing a Frailty Index from a Standardized Comprehensive Geriatric Assessment. **Journal of American Geriatrics Society**, v. 52, p. 1929-1933, 2004.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E.G. **Medicina preventiva**. 2. ed. São Paulo: Mc GrawHill, 1976. 744 p.

LIM, L.S.; CHUKA, D.S. Preventive medicine Beyond 65. **Geriatric Gerontology International**, v. 6, p. 73-81, 2006.

LIMA, V.V. Avaliação de competência nos cursos médicos. In: MARINS, J.J.N.; REGO, S.; LAMPERT, J.B.; ARAÚJO, J.G.C. **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. cap.6, p. 123-140.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO,S.; GIATTI,L.; UCHÔA,E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 745-757, jun. 2003.

LIMA-COSTA,M.F.; BARRETO,S.M.; GIATTI,L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-743, jun. 2003.

LLERA, F.G.; FERNANDEZ J.M.R. Geriatria y Servicios Sociales comunitarios. Cuidados comunitarios, domiciliarios y residenciales In: ALBA, A.S.; LLERA, F.G.; RUIPÉREZ,I. **Manual de Geriatria**. 3 ed. Madri: Elsevier- Masson, 2002. p. 211-219.

MARANHÃO, E.A. **Construção coletiva das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da Saúde**: uma contribuição para o Sistema Único de Saúde.

Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/diretrizes/efrem.asp>> Acesso em: 23 nov. 2003.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO,R. E.; MATTOS,R.A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

MAXWELL,J.A. **Qualitative research design**: an interative approach. London: Sage Publications, 1996. 153 p.

MAZZAGLIA,G.; ROTI, L.; CORSINI, G.; COLOMBINI, A.; MACCIOCO, G.; MARCHIONNI, N.; BUIATTI, E.; FERRUCCI, L.; DI BARI, M. Screening of Older Community-Dwelling People at Risk for death and Hospitalization: The Assistenza Socio-Sanitaria in Italia Project **Journal of American Geriatrics Society**, 2007. Disponível em : <http://www.jags.org>. Acesso em: nov.2007

MEDEIROS, M; DINIZ, D. Envelhecimento e deficiência. In: CAMARANO, A.A. **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. cap 3. p. 107-120.

MEHR,D.R; TATUM III,P.E. Primary prevention of diseases of old age. **Clin Geriatric Med**, v. 18, p. 407-430, 2002.

MERHY,E.E.; ONOCKO,R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAS GERAIS (Estado) Secretaria de Saúde.**Atenção à Saúde do Idoso**. Belo Horizonte: SAS / MG, 2006. 186 p.

MINAYO, M.C.S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 2-11, jun 2003.

MOLINA,E.S.; LAPORTE,S.J.; GIL, L.A.; TUDURI,M.; TARRÉS,M.V. Factores predictores del deterioro funcional geriátrico **Atención Primaria**, v. 32, p. 282-288, 2003.

MORGAN, D.L. **Focus Group as Qualitative Research** second edition ed. London: Sage Publications, 1997. 1-17 p. (Qualitative Research Methods Series,16)

MOTTA, L.B. **Formando médicos para o desafio do envelhecimento com qualidade no Brasil**: uma contribuição à elaboração de currículos. 2004. 118 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva, área de Política, Planejamento e Administração em Saúde) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

MOTTA, L.B.AGUIAR, A.C. **Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade**. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Abr 2007, vol.12, no.2, p.363-372.

PARAHYBA, M.I.C.A. **Fatores socio-demográficos e dificuldades funcionais dos idosos no Brasil**. 2003. 145 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003

PASINATO, M.T.; CAMARANO, A.A.; MACHADO, L. **Idosos vítimas de maus-tratos domésticos**: estudo exploratório das informações levantadas nos serviços de denúncia. Rio de Janeiro: IPEA, 2006. p. 33. (Textos para discussão, 1200)

PEDROSA, J.I.S.; TELES, J.B.M. Consenso e diferenças entre equipes do Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 303-311, 2001.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PERRENOULD, P. A Noção de Competência in: PERRENOULD, P. **Construir as Competências desde a Escola**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. cap 1. p. 19-33.

PICCINI, R.X.; FACHINI, L.A.; TOMASIE, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; SIQUEIRA, F.V.; RODRIGUES, M.A. Necessidade de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p.657-667, 2006.

PROTTI, S.T. **A saúde do idoso sob a ótica da Equipe do Programa de Saúde da Família**, 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-797, jun. 2003.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE\_ RIPSAs. **Comitê temático Interdisciplinar (CTI)**: Saúde do Idoso. Disponível em: <http://www.opas.org.br/ripsa/temas.cfm?id=10&area=Conceito&macro=3>, 2005.

REUBEN, D.B.; ZWANZIGER, J.; BRADLEY, T.B.; FINK, A.; HIRSCH, S.H.; WILLIAMS, A.P.; SOLOMON, D.H.; BECK, J.C. How many physicians will be needed to

provide medical care for older persons? Physician Manpower needs for the twenty-first century. **Journal of American Geriatrics Society**, v. 41, p. 444-453, 1993.

REUBEN, D.B; ZWANZINGER, J.; BRADLEY, T.B. BECK, J.C. Is Geriatrics a primary Care or Subspecialty Discipline? **Journal of American Geriatrics Society**, v. 42, p. 363-367, 1994.

REYES-ORTIZ, C.A.; MORENO-MACIAS, C.H. Curricular Strategies for Geriatrics Education in a Medical School **Educational Gerontology**, v. 27, p. 515-523, 2001.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar./abr 2004.

RIO DE JANEIRO (Estado) Secretaria de Saúde. **Programa Saúde da Família**. Disponível em: <[www.saude.rj.gov.br/Acoes/psf.shtml](http://www.saude.rj.gov.br/Acoes/psf.shtml)> Acesso em: 20/03/2006.

RIO DE JANEIRO (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. **A implantação da Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro: um desafio para o sistema único de saúde nas grandes cidades**. Rio de Janeiro: Secretaria de Saúde/RJ, 2001. 24 p.

ROCKWOOD, K. Frailty and its definition: a worthy challenge. **Journal of American Geriatrics Society**, v. 53, n. 6, p. 1069-1070, Jun 2005.

ROCKWOOD, K.; ANDREW, M.; MITNITSKI, A. A Comparasion of Two Approaches to Measuring Frailty in Elderly People **Journal of Gerontology: Medical Sciences**, v. 62A, n. 7, p. 738-743, 2007.

ROCKWOOD, K.; HOWLETT, S.H.; CARVER, D.; POWELL, C.; STOLEE, P. Responsiveness of goal attainment scaling in a randomized controlled trial of comprehensive geriatric assessment **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 53, p. 736-743, 2003.

ROSA, T.E.C. Redes de Apoio Social In: LITVOC, J; BRITO, F. CARLOS **Envelhecimento prevenção e promoção da saúde**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2004. cap14. p. 209-218.

ROSEN, C. Osteoporosis in: GOLDMAN, L; AUSIELLO, D. **Cecil Medicine**. 23 ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2007. 264. p. 1879-1888.

RUBEINSTEIN, L.Z.; ALESSI, C.A.; JOSEPH, K.R.; HOYL, M.T.; HARKER, J.O.; PIETRUSZKA, F.M. A randomized Trial of a Screening, Case Finding, and Referral System for Older Veterans in Primary Care **Journal of American Geriatrics Society**, v. 55, p. 166-174, 2007.

SALA, A.; SIMÕES, O.; LUPPI, C.G.; MAZZIERO, M.C. Cadastro ampliado em saúde da família como instrumento gerencial para o diagnóstico de condições de vida e saúde **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1556-1564, nov./dez 2004.

SALIBA, D.; ELLIOT, M.; RUBENSTEIN, L.Z.; SOLOMON, D.H.; YOUNG R.T.; KAMBERG, C.J.; ROTH, C.; MACLEAN C.H.; SHEKELLE, P.G.; SLOSS E.M.;

SANCHES, A.P.R.A. **Violência Doméstica contra Idosos no Município de São Paulo \_ Estudo SABE, 2000.** 2006. 83 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo, 2006

SAÚDE DA FAMÍLIA. Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br> Acesso em 19 set. 2007

SAÚDE DA FAMÍLIA/História das Comunidades Disponível em: <http://www.saude.rio.gov.br> Acesso em 20 dez.2007.

SCHÖDER-BUTTERFILL, E.; MARIANTI,R. A Framework for understanding old-age vulnerabilities **Aging and Society**, United Kingdom, v. 26, p. 9-35, 2006.

SEIDMAN,I. **Interviewing as qualitative Research: a guide for researches in Education and Social Sciences.** 2nd ed. New York: Teachers College Press, 1998.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L.A.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface \_ Comunicação, Saúde , Educação**, v. 9, n. 16, p. 25-38, set 2004/fev.2005

SILVESTRE,J.A.; COSTA NETO, M.M. Abordagem do Idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, jun. 2003.

SORIANO, R.P. The Comprehensive Geriatric Assessment. In: SORIANO, R.P.; FERNANDEZ,H.M.; CASSEL,C.K.; LEIPZIG,R.M. **Fundamentals of Geriatric Medicine: a case-based approach.** New York: Springer, 2007. cap.2. p. 20-38.

SOUZA,E.R.; RIBEIRO, A.P.; ATIE,S.; SOUZA, A.C.; MARQUES, C.C. Rede de Proteção aos Idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 0096, 2007. no prelo

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Screening for osteoporosis in postmenopausal women: recommendations and rationale **Annals of Internal Medicine**, v. 137, p. 526-528, 2002.

VAN IERSEL,M.B.; RIKKERT, M.G.M.O. Frailty criteria give heterogeneous results when applied in clinical practice. **Journal of American Geriatrics Society**, 2006.

VANDERLEI,M.I.G.; ALMEIDA, M.C.P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 443-453, 2007.

VERAS, R.P. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, jun 2003.

WHO/INPEA. **Missing voices. Views of older persons on elder abuse.** Geneva: WHO, 2002. 1-24 p.

WILSON,J.F. Frailty \_ and its dangerous effects\_ might be preventable **Annals of Internal Medicine**, v. 141, n. 6, p. 489-492, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Functioning, Disability and Health** Geneva: WHO, 2001. 30 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Towards age-friendly primary health care** France: WHO, 2004. (Active ageing series.)

WHO. **Envelhecimento Ativo: um projeto de Saúde Pública** In: Encontro Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento, 2., Madri, 2002.

**Anexos**

- A) Quadro Sumário da Metodologia
- B) Os Instrumentos
  - B.1 \_roteiro da entrevista com os gestores
  - B.2\_roteiro da entrevista com os profissionais
  - B.3\_complementação da entrevista com os médicos
- C) Termo de Consentimento

## A) QUADRO SUMÁRIO DA METODOLOGIA

<b>Tipos de dados</b>	<b>Método</b>	<b>Técnica de coleta de dados</b>	<b>Fonte</b>	
<b>Descritivos</b>	Análise de documentos	Consulta a documentos	<b>Ministério da Saúde</b>	
	Descrição	Entrevista	<b>Gestores</b>	4
	Descrição	Observação simples dos campos	<b>Diário de campo</b>	3
	Construção de Fluxograma	Grupo focal	<b>Profissionais</b>	6
<b>Conhecimento técnico</b>	Discussão de Caso-problema	Grupo focal	<b>Profissionais</b>	6
<b>Percepção dos profissionais</b>	Análise de conteúdo	Entrevista	Profissionais	54

**B) OS INSTRUMENTOS**

B.1 \_roteiro da entrevista com os gestores

B.2\_roteiro da entrevista com os profissionais

B.3\_complementação da entrevista com os médicos

## B.1\_ Roteiro da entrevista com os gestores

Data: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

- 1- Há quanto tempo o Sr(a) exerce esta função ?
- 2- Quais as dificuldades que vc / Sr(a) encontra para desenvolver o seu trabalho?
- 3- Como se deu a implantação do PSF neste município? Qual a motivação?
- 4- Como é a relação do PSF com o Conselho Municipal de Saúde?
- 5- Como Vc / Sr(a) avalia o trabalho do PSF? Cite pontos que considera positivos e negativos.
- 6- Existem indicadores para avaliação do trabalho? Quais?
- 7- Como está organizado o trabalho do PSF no município?
- 8- Toda a população é visitada no domicílio?
- 9- Como se dá o acesso dos usuários na USF?
- 10- Quais os fatores que facilitam e dificultam a procura/utilização da USF?
- 11- Como se dá a referência e contra-referência dentro do PSF?
- 12- Como se dá o acesso ao especialista ou a procedimentos de média complexidade?
- 13- Como se dá o acesso aos exames e medicamentos? Existe fila de espera?
- 14- Quais os problemas de funcionamento que dificultam o atendimento?
- 15- Qual o perfil sócio-demográfico do município?
- 16- Qual a cobertura do PSF? São quantas USF, quantas equipes?
- 17- As equipes se reúnem periodicamente?
- 18- Qual o foco destas reuniões?
- 19- O município apresenta alguma rede de suporte social ?
- 20- Existe algum protocolo, programa, rotina ou ação para a atenção ao idoso? Qual?
- 21- Quais os principais agravos atendidos na população idosa no município?
- 22- Após o início do PSF houve redução do número de internações, atendimentos de urgência para os idosos?
- 23- Os idosos são cadastrados nas USF ou ESF?
- 24- Existe busca ativa dos idosos que não podem ir a USF para atendimento?
- 25- Após a alta hospitalar existe encaminhamento p/ESF ? Existe busca ativa?
- 26- Quais as principais dificuldades na atuação junto aos idosos?
- 27- Quais os principais motivos que levam os idosos a procurar a USF?
- 28- Como se dá o acesso dos idosos à unidade?
- 29- Quais os serviços que são ofertados na AB para idosos: médico, enfermeiro, AS, fisio, reabilitação, medicamentos, nutrição...
- 30- Como se dá a contratação de pessoal para o PSF?
- 31- Há capacitação para o trabalho no PSF no município?
- 32- Há fixação dos profissionais neste trabalho?

## B.2 \_ Roteiro da entrevista com os profissionais

Entrevista nº: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_ Equipe: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_  
 Ano de graduação (se for o caso): \_\_\_\_\_  
 Sexo: F / M Tempo de trabalho nesta ESF: \_\_\_\_\_

- 1- O que o/a levou a trabalhar no PSF?
- 2- Há quanto tempo trabalha com PSF ou na Atenção Básica?
- 3- Você/ o senhor/ a senhora fez alguma capacitação (curso) para trabalhar no PSF?
- 4- Que dificuldades você/ o senhor/ a senhora enfrenta para a realização do seu trabalho no PSF?
- 5- Você/ o senhor/ a senhora fez alguma curso na área de saúde do idoso?
- 6- Você/ o senhor/ a senhora costuma pensar acerca do seu próprio envelhecimento? [Caso responda afirmativamente] Sobre o que pensa?
- 7- Como você/ o senhor/ a senhora identifica, caracteriza na sua prática, um paciente como idoso?  
 As perguntas seguintes referem-se aos pacientes que você / o senhor/ a senhora considera como idosos:
- 8- Você /o senhor/ a senhora identifica alguma diferença no seu trabalho com pacientes adultos em relação aos pacientes idosos?
- 9- Você / o senhor/ a senhora gosta de trabalhar no atendimento a pessoas idosas? Por quê?
- 10- Você / o senhor/ a senhora observa alguma dificuldade no atendimento a pessoas idosas, na sua rotina de trabalho? [Caso responda afirmativamente] A que atribui estas dificuldades?
- 11- Você/ o senhor/ a senhora acha que está preparado para lidar com as questões (problemas) que os idosos colocam para esse serviço de saúde?
- 12- O que você/senhor(a) acha que é necessário para trabalhar com idosos?
- 13- Você/ o senhor/ a senhora acha que trabalhar com uma equipe é importante para lidar com os problemas que o usuário idoso traz? Por quê?
- 14- Você/ o senhor/ a senhora acha que quando se trabalha com idosos o apoio e a colaboração da família são importantes ? [caso positivo] De que forma?
- 15- Você/ o senhor/ a senhora acha que conhecer a rede de apoio que o idoso tem, os recursos que podem ser acessados e os recursos disponíveis na comunidade modifica a sua possibilidade de abordar os seus problemas?
- 16- A sua equipe desenvolve algum trabalho voltado para os idosos que vcs acompanham?
- 17 - Nessa unidade ocorrem reuniões de equipe? [Caso responda afirmativamente]
- 18 - Com que periodicidade?
- 19- Quais os assuntos tratados nas reuniões de equipe? [Caso não tenha mencionado]
- 20- Nas reuniões de equipe ocorrem discussões de casos? [Caso responda afirmativamente]
- 21- Você/ o senhor/ a senhora recorda alguma discussão de caso sobre paciente idoso?  
 [Caso responda afirmativamente] Poderia citar o caso?

## B.3 \_ Complementação da entrevista com os médicos

ESF: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

1- Gostaria de identificar com você algumas práticas de prevenção primária e secundária para entender se faz parte da avaliação rotineira feita nos idosos atendidos na unidade de saúde da família em que você atua:

Quando vc está avaliando um usuário idoso, quais dessas questões vc aborda rotineiramente?	Vc aborda F: frequentemente; R: raramente; N: não aborda	Vc considera que a unidade em que atua e a rede municipal estão preparadas para facilitar essas avaliações ?  B: bem preparadas; R: razoavelmente; D: despreparadas	Caso não sejam realizadas, qual o principal motivo que vc pode apontar?
1- acuidade visual			
2- acuidade auditiva			
3- prevenção vacinal			
4- função tireoidiana			
5- saúde oral			
6- estado nutricional			
7- risco de quedas			
8- osteoporose			
9- hipertensão arterial			
10- dislipidemia			
11- diabetes			
12- depressão			
13- demência			
14- uso de múltiplas medicações			
15- prevenção de câncer mama/próstata			

2- Quais são os principais motivos de encaminhamento de pacientes acima de 60 anos na sua prática no PSF (cite 3 exemplos):

## C) TERMO DE CONSENTIMENTO

**INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL  
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### I\_ DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

Nome: \_\_\_\_\_  
 Documento identidade nº: \_\_\_\_\_ sexo: M/ F Data nascimento: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
 Cep: \_\_\_\_\_ tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### II\_ DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

Título do Protocolo de Pesquisa: "ATENÇÃO INTEGRAL AO IDOSO NO CONTEXTO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM OLHAR SOBRE A FORMAÇÃO E PRÁTICA MÉDICA".

Pesquisador: Luciana Branco da Motta

Cargo: aluna Pós-graduação

CREMERJ:52-43584-5

Unidade da UERJ: IMS

Avaliação do Risco da Pesquisa: (probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

Risco baixo X                      Risco médio  
 Risco mínimo                      Risco maior

Duração da Pesquisa: 24 meses

### III \_ REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AOS PARTICIPANTES SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

Justificativa e os objetivos da pesquisa:

O processo de envelhecimento populacional traz a necessidade de adequarmos o treinamento dos profissionais de saúde para seu atendimento. Este projeto visa conhecer a prática cotidiana dos médicos na atenção ao idoso no Programa Saúde da Família a fim de identificar as questões que envolvem esta atenção, a fim de discutir o conhecimento e habilidades necessários que devem ser abordados na capacitação destes profissionais.

Procedimentos que serão utilizados e propósitos:

O entrevistador vai lhe aplicar um questionário de respostas livres. Seja sincero nas suas respostas. O observador irá acompanhar o trabalho realizado pelos membros da equipe junto aos idosos, não havendo interferência nem julgamento do seu trabalho. O pesquisador participará das reuniões de equipe, onde será realizado junto com os profissionais um fluxograma do cuidado ao idoso na unidade de saúde. O pesquisador fará um grupo focal com a equipe para discussão de situações-problema que serão construídas a partir das observações realizadas.

Desconforto e riscos esperados:

Todas as informações fornecidas nas entrevistas ou obtidas nas observações têm garantia de sigilo, ficando restritas a mim, aos auxiliares de pesquisa e ao orientador. Quanto às informações obtidas nos trabalhos em grupo, não é possível garantir ou controlar o que seus colegas podem fazer com as informações. No entanto, todos os profissionais que aceitarem participar, quando assinam este termo, se comprometem a não divulgar nomes e diálogos de qualquer conversa mantida pelos participantes dos grupos.

Benefícios que poderão ser obtidos:

Poderá ser alcançado um melhor treinamento das equipes do PSF no que tange a atenção ao idoso.

### IV\_ ESCLARECIEMTNOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

I\_ Você poderá a qualquer momento ter informações sobre como é feita a pesquisa e os futuros benefícios que ela trará.

2\_ Sua participação neste estudo é voluntária e você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar do estudo. Isto não terá prejuízo para seu trabalho.

3\_ Todas as suas respostas ao questionário e informações obtidas têm seu anonimato garantido.

4\_ Não estão prevista qualquer indenização.

5\_ Os dados da pesquisa serão publicados em revistas especializadas e divulgados, sendo garantida a privacidade dos participantes.

V\_ INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA.

Luciana Motta (orientada) \_ R. São Francisco Xavier, 524, 10º andar, 10147, bloco F, Rio de Janeiro, RJ CEP 20550-013 cel: (21) 91210767 tel: (21) 2587 7121

Adriana Aguiar (orientadora)\_ R. São Francisco Xavier 524, 7º andar  
cel: (21) 93270943 tel:(21) 2587 7303

VI\_ CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Rio de Janeiro, de de 200

\_\_\_\_\_  
sujeito da pesquisa

\_\_\_\_\_  
assinatura e carimbo do pesquisador

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3020, bloco E, 3º andar, - Maracanã – Rio de Janeiro, RJ, e-mail: [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br) - Telefone: (021) 2569-3490.  
CEP/SMS-RJ R. Afonso Cavalcanti, 455 sala 601 - Cidade Nova  
E-mail:[cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) Tel.: 2293-5549

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)