

Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde

COMPREHENSIVE HEALTH CARE OF THE ELDERLY IN THE FAMILY HEALTH PROGRAM: VISION OF HEALTH PROFESSIONALS

ATENCIÓN INTEGRAL EN LA SALUD DEL ANCIANO EN EL PROGRAMA SALUD DE FAMILIA: VISIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa¹, Suely Itsuko Ciosak²

RESUMO

O Brasil, até o ano de 2025, será o sexto país do mundo em número de idosos. É função das políticas públicas contribuir para que as pessoas alcancem idades avançadas com melhor saúde. O objetivo deste estudo foi conhecer o que pensam os profissionais sobre necessidades de saúde e atenção integral. Os sujeitos foram dezessete, que compõem duas equipes do Programa Saúde da Família, no Município de Santos. A abordagem foi qualitativa, os discursos foram analisados a partir da Representação Social, referencial teórico do Discurso do Sujeito Coletivo. A análise revelou que os profissionais se esforçam para atender as necessidades de saúde dos idosos através de ações de prevenção e promoção da saúde. No entanto, suas necessidades sociais e psicológicas não estão sendo atendidas. Concluímos que os idosos necessitam de maior integralidade e agilidade no sistema de saúde, porque possuem dificuldades no acesso e deslocamento nos serviços de saúde.

DESCRIPTORES

Idoso.
Envelhecimento.
Saúde do idoso.
Programa Saúde da Família.
Atenção primária à saúde.
Serviços de saúde para idosos.
Equipe de assistência ao paciente.

ABSTRACT

By the year 2025, Brazil will be the sixth country in the world with the largest elderly population. Public policies have the duty to help more people reach older ages with the best possible state of health. The objective of this study is to understand the perspective that health professionals have of comprehensive care and health needs. Subjects were seventeen health professionals who make up two teams of the Family Health Program (FHP) in the city of Santos. The subjects' statements were analyzed from the perspective of Social Representation, and using the theoretical framework of the Collective Subject Discourse. The analysis of the statements showed that the professionals are striving to meet the health needs of the elderly through actions of health prevention and promotion; however, their social and psychological needs are being met. The elderly need more integration and agility in the health system, since they have difficulties in terms of accessibility and movement in health services.

KEY WORDS

Aged.
Aging.
Health of the elderly.
The Family Health Program.
Primary health care.
Health services for the aged.
Patient care team.

RESUMEN

Brasil, hasta el año de 2025 será el sexto país del mundo en cantidad de ancianos; es función de las políticas públicas contribuir para que las personas alcancen edades avanzadas con mejor salud. El objetivo de este estudio fue conocer qué piensan los profesionales sobre necesidades de salud y atención integral. Los sujetos fueron diecisiete, que integran dos equipos del Programa Salud de la Familia, en el Municipio de Santos (SP, Brasil). El abordaje fue cualitativo y los discursos fueron analizados a partir de la Representación Social, referencial teórico del Discurso del Sujeto Colectivo. El análisis reveló que los profesionales se esfuerzan para atender las necesidades de salud de los ancianos a través de acciones de prevención y promoción de la salud; sin embargo, sus necesidades sociales y psicológicas no están siendo atendidas. Se concluye en que los ancianos necesitan de mayor integralidad y agilidad en el sistema de salud porque tienen dificultades de acceso y desplazamiento en los servicios de salud.

DESCRIPTORES

Anciano.
Envejecimiento.
Salud del anciano.
Programa de Salud Familiar.
Atención primaria de salud.
Servicios de salud para ancianos.
Grupo de atención al paciente.

¹ Enfermeira. Doutoranda do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Docente da Universidade Metropolitana de Santos. Santos, SP, Brasil. fernandacosta@usp.br ² Enfermeira. Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. siciosak@usp.br

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), até o ano de 2025, o Brasil será o sexto país no mundo, em número de idosos. Entre 1980 e 2000, a população com 60 anos ou mais, cresceu de 7,3 milhões para 14,5 milhões e, ao mesmo tempo, a expectativa média de vida aumentou no país. O aumento do número de idosos e expectativa de vida necessita ser acompanhado pela melhoria e manutenção da saúde e qualidade de vida, pois a desinformação sobre a saúde do idoso ainda é grande e seus desafios também⁽¹⁾.

O rápido envelhecimento nos países em desenvolvimento é acompanhado por mudanças dramáticas na estrutura e no papel da família. A urbanização, a migração de jovens para cidades à procura de trabalho, famílias menores e mais mulheres tornando-se força de trabalho formal significam, menos pessoas disponíveis para cuidar dos idosos⁽¹⁾.

O grande desafio é implementar a política do envelhecimento ativo, que é definido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas⁽¹⁾.

As políticas de saúde em relação ao idoso, têm início nos anos 80, durante o processo de reformulação do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir deste momento, se inicia a expansão à saúde dos idosos, entretanto, em uma organização de trabalho predominantemente centrado no atendimento médico individual e direcionado às doenças crônico-degenerativas. Esta situação relaciona-se, por um lado, com o aumento das doenças crônicas na década de 80 e, por outro lado, a forma como o Brasil se desenvolveu para promover à saúde à população idosa⁽²⁾.

Para responder às crescentes demandas da população que envelhece, foi criada a Política Nacional do Idoso (PNI), a partir da regulamentação do SUS, com o objetivo de assegurar os direitos sociais à pessoa idosa, criar condições para promover sua autonomia e reafirmar seu direito à saúde, nos níveis de atenção à saúde⁽³⁻⁴⁾.

Em 2006, foi implementada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) que define a Atenção Básica (AB) como porta de entrada para a atenção à saúde do idoso e a referência para a rede de serviços especializados de média e alta complexidade, logo após, a Política Nacional de Atenção Básica, caracterizada por desenvolver um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde. A Atenção Básica deve estar voltada para o envelhecimento e a saúde da pessoa idosa através do desenvolvimento de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas e, sob a forma de trabalho

em equipe dirigido às populações de territórios bem delimitados, pelo qual assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território⁽⁵⁻⁷⁾.

Em 1994, foi criado pelo Ministério da Saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF) com o objetivo de reorientar o modelo de atenção à saúde e imprimir nova dinâmica nos serviços de saúde, estabelecendo uma relação de vínculo com a comunidade através da humanização⁽⁸⁾.

Nesta perspectiva, a Unidade Básica de Saúde (UBS) passa a ser denominada Unidade Saúde da Família (USF) e tem como ações, identificar os problemas de saúde dos indivíduos e famílias, propor intervenções a estes problemas, consolidar o planejamento estratégico local e, ações específicas em relação aos grupos com maior risco de adoecer e morrer, além de outras, de caráter individual e coletivo⁽⁹⁾.

A USF funciona segundo algumas diretrizes operacionais, adstrição da clientela; integralidade e hierarquização e, assegurar a referência e contra-referência para níveis superiores de complexidade, garantindo assim, a atenção integral aos indivíduos e famílias, e em uma equipe básica, a composição mínima é formada por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um dentista, um técnico em higiene bucal, um auxiliar de consultório dentário e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS)⁽⁹⁻¹⁰⁾.

O idoso precisa de maior agilidade no sistema de saúde porque o processo de envelhecimento traz como consequência menor expediente para o idoso procurar os serviços de saúde e deslocar-se nos diferentes níveis de atenção. Para o idoso, principalmente os mais carentes, qualquer dificuldade torna-se um *mote* para bloquear ou interromper a continuidade da assistência à sua saúde.

A integralidade e as necessidades de saúde do idoso

O que é integralidade? Poderíamos dizer numa primeira aproximação que é uma das diretrizes básicas do SUS, instituído pela Constituição de 1988. De fato, o texto constitucional não utiliza a expressão integralidade, ele fala em *atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais*. Mas o termo integralidade tem sido utilizado correntemente para designar exatamente essa diretriz⁽¹¹⁾.

O princípio da integralidade corresponde a uma crítica da dissociação entre as práticas de saúde pública e as práticas assistenciais. Articular as duas significa, em primeiro lugar, borrar as distinções cristalizadas entre os serviços de saúde pública e serviços assistenciais através de duas transformações, a primeira relativa aos programas verticais, ou seja, a fragmentação das atividades no interior da unidade e, a segunda, a introdução de prontuários unificados nas unidades⁽¹¹⁾.

No entanto, há um outro sentido de integralidade, as ações governamentais na área da saúde dirigidas a determinados grupos populacionais, para dar respostas aos problemas de saúde destes grupos. Poderíamos dizer que esse conjunto de sentidos da integralidade trata das ações governamentais e as políticas em saúde para dar respostas às necessidades de saúde da população idosa.

Segundo alguns autores, as necessidades de saúde (NS) podem servir como um bom roteiro para avaliar os serviços, orientar processos de capacitação gerencial e para reestruturar as práticas nos serviços de saúde. Estes autores partiram das idéias defendidas por Stotz, sobre a utilidade de se trabalhar com uma taxonomia de NS, como roteiro de avaliação e organização da assistência⁽¹²⁻¹³⁾.

Stotz defende a idéia de que os conceitos descritivos e operacionais adotados em uma determinada taxonomia *precisam ser reconceitualizados para poderem exprimir a dialética do individual e social*. Esta foi a pretensão de Cecílio e Matsumoto porque eles acreditam que a utilização de determinada taxonomia de NS pode ter potência para verificar o quanto as NS estão sendo consideradas, ouvidas e atendidas, na operacionalização dos serviços de saúde. As necessidades de saúde originam-se do conjunto de diferentes contribuições teóricas e de distintas concepções⁽¹²⁻¹³⁾.

- Necessidades de boas condições de vida (idéias trabalhadas por San Martin; Berlinguer e Castelhanos);
- Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida (idéias trabalhadas por Bradshaw; Pineault; Nemer e Schraiber);
- Necessidades de ter vínculo com um profissional ou equipe (idéias trabalhadas por Campo e Merhy);
- Necessidades de autonomia e autocuidado na escolha do modo de *andar a vida* (idéias trabalhadas por Merhy; Campos e Canguilhem).

Esta taxonomia de NS tem sido apresentada a equipes locais e/ou gerenciais nos processos de avaliação dos serviços da rede básica de saúde. Ela tem servido como um bom instrumento de reflexão, sensibilização dos profissionais e, contribuído para a definição de novas estratégias de organização da assistência⁽¹²⁻¹³⁾.

Acreditamos que o PSF possibilita prestar atenção integral às necessidades de saúde dos idosos, mas é necessário que, a equipe de profissionais de saúde apresente resolutividade ao resolver os problemas de saúde desta população.

OBJETIVO

Analisar o entendimento dos profissionais de saúde sobre atenção integral e necessidades de saúde dos idosos, do Programa Saúde da Família (PSF), no Município de Santos.

MÉTODO

A abordagem qualitativa foi escolhida para compreender através dos discursos, o que pensam os sujeitos do estudo sobre atenção integral e necessidades de saúde dos idosos. Os discursos foram analisados na perspectiva da Representação Social (RS), referencial teórico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁽¹⁴⁾.

A RS define-se como, a representação de um sujeito que se situam em relação a outros sujeitos, a respeito de um objeto, neste estudo, a atenção integral e as necessidades de saúde dos idosos. Os elementos deste conteúdo são os conceitos e imagens. As imagens se condensam em um conjunto de significados, sistema de referência que permite interpretar o que acontece e dar sentido aos fatos. Trata-se de uma atividade mental de indivíduos e grupos, para relacionar os fatos, objetos e situações que lhes dizem respeito⁽¹⁵⁾.

Entretanto, os sujeitos compreendem e interpretam de maneira diferente as situações que se encontram e não se comportam de maneira similar diante de um procedimento idêntico porque as RS dependem do conhecimento e das experiências dos indivíduos. Portanto, os grupos elaboram representações que são definidas por cada um de seus membros. Estas representações incidem sobre os comportamentos sociais e na organização do grupo, podendo modificar o próprio conhecimento cognitivo de seus membros⁽¹⁵⁾.

A RS é um conhecimento socialmente elaborado e partilhado a respeito de um objeto e, portanto concorre para a construção de uma realidade, perpassam os indivíduos e orientam o comportamento dos mesmos, permitindo interpretar o que acontece na vida cotidiana. Desta forma, nós sujeitos sociais, apreendemos os fatos da vida cotidiana, os dados do nosso ambiente, as informações que nele circulam (conhecimento senso comum)⁽¹⁵⁾.

As RS dos sujeitos da pesquisa sobre atenção integral e necessidades de saúde serão fundamentais para que os serviços possam ser reorganizados e os profissionais de saúde atendam os idosos naquilo que eles necessitam, com ações de prevenção das doenças e promoção da saúde.

A pesquisa foi realizada no Município de Santos, localizado no Estado de São Paulo com uma população estimada de 418.316 habitantes. Segundo o Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico (IBGE) a estimativa em 2003 é que este Município lidere o ranking dentre os municípios da região com maior índice de idosos, o equivalente a 15,6% (65.217), enquanto que, a média nacional é de 8%. Portanto sabendo que a população idosa do Município de Santos é elevada, pretendemos, neste estudo, analisar a atenção integral às necessidade de saúde dos idosos⁽¹⁶⁾.

O município encontra-se em fase de transição na organização dos seus serviços na Atenção Básica e, até o momento, foram implementadas 11 equipes de Programa Saúde da Família (PSF) das quais, *quatro*, possuem Unidade Saúde da Família (USF) e as demais equipes de PSF, aten-

dem a população em outras unidades que são prestadoras de serviços de saúde.

As 11 equipes de PSF estão distribuídas em quatro áreas do Município de Santos: Área Continental, Morros, Centro/Histórica e Zona Noroeste. As quatro USF estão localizadas, respectivamente, em Caruara (Área Continental), Monte Serrat (Morros), Centro (Centro/Histórica) e Vila Progresso (Zona Noroeste).

A coleta de dados foi realizada na Área Centro/Histórica porque nesta região existe uma grande concentração de idosos e localiza-se no coração da cidade. A USF da Área Centro/Histórica abrange os bairros do Centro e Vila Nova e, portanto, duas equipes de PSF.

Em 2001, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Santos criou o Programa de Saúde do Idoso, onde foram cadastrados 4.500 idosos. Atualmente, são oferecidos vários outros serviços objetivando melhorar a qualidade de vida desta população⁽¹⁷⁾.

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de saúde: dois médicos; dois odontólogos; duas técnicas de higiene dental; duas auxiliares de enfermagem; duas enfermeiras; sete agentes ACS, que trabalham nas USF, funcionários da SMS, identificados pela letra E e a seqüência da entrevista.

Atendendo a Resolução CNS/MS 196/96, o projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Processo nº. 663/2007/CEP-EEUSP) e da SMS de Santos e pedido seu Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participar da pesquisa.

A gravação digital foi utilizada para colher os discursos dos sujeitos da pesquisa, atendendo a três perguntas norteadoras: o serviço e os profissionais da USF; o atendimento às necessidades de saúde dos idosos e, a atenção integral às necessidades de saúde dos idosos.

Os dados coletados nas entrevistas foram transcritos e organizados por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), conforme ensinamentos de autores⁽¹⁴⁾, com vistas a identificar os sentidos conferidos à atenção integral e necessidades de saúde dos idosos. Assim, os depoimentos dos sujeitos entrevistados foram organizados com a utilização das figuras metodológicas constitutivas da proposta do DSC: expressão chave, idéia central e discurso do sujeito coletivo⁽¹⁴⁾.

Na Representação Social apresentada através do DSC, os indivíduos da coletividade geradora da representação *deixam de ser indivíduos para se transmutarem, se dissolverem e se incorporarem num ou em vários discursos coletivos que os expressam e à dita representação*⁽¹⁴⁾.

A coletividade representada no DSC configura uma *coletividade discursiva*, pois o discurso elaborado corresponde a uma agregação discursiva que *não reúne partes iguais, mas pedaços de diferentes discursos que, pelo que se julga ser sua intercompatibilidade, permitem, como se fossem*

ingredientes agregáveis, compor um único bolo discursivo. Desta forma, seu conteúdo é composto pelo que é falado por um sujeito individual e pelo que seu *companheiro de coletividade* atualiza por ele, uma vez que segundo seu pressuposto sociológico o DSC constitui a expressão simbólica do campo ao qual os dois pertencem e da posição que nele ocupam⁽¹⁴⁾.

Os passos até a síntese nos DSC, incluíram: ler algumas vezes o conjunto dos depoimentos coletados nas entrevistas; ler a resposta a cada pergunta em particular, marcando as expressões-chave selecionadas; identificar as idéias centrais de cada resposta; analisar todas as expressões-chave e idéias centrais, agrupando as semelhantes em conjuntos homogêneos, que será uma síntese das idéias centrais de cada discurso⁽¹⁴⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas foram realizadas com os profissionais de saúde da USF Centro/Histórica, cujos conteúdos, foram agrupados nas em três categorias: os serviços de saúde e os profissionais de saúde da USF; o atendimento às necessidades de saúde dos idosos; a integralidade e às necessidades de saúde dos idosos.

O serviço e os profissionais de saúde da USF

Esta categoria diz respeito à maneira como os serviços de saúde da USF da Área Centro/Histórica (Centro e Vila Nova) estão organizados para atender a população idosa e discutir as ações dos profissionais de saúde, no PSF.

[...] Então é um programa que veio para melhorar a vida dos idosos... Aqui no PSF a gente faz coleta...faz o programa de TB, aonde nós, auxiliares de enfermagem, vamos o tempo inteiro na casa deles e chegamos a aborrecer, porque se a gente não vai de manhã, vamos à tarde, ou o horário que for a gente vai atrás deles... a gente vai fazer medicação, vai na casa deles, as vezes é só para verificar a pressão e dizem que não estão podendo ir na unidade [...](E1).

A equipe de saúde da família é a unidade produtora dos serviços de saúde no PSF. Nela, cada profissional executa um dado conjunto de ações em separado, porém buscando, constante e continuamente, articular às ações realizadas pelos demais agentes de trabalho. As equipes devem buscar a integralidade das ações e não somente reproduzir no seu processo de trabalho um modelo de atenção biomédico⁽¹⁸⁾.

A equipe de PSF desenvolve ações assistenciais, de diagnóstico e prevenção das enfermidades. Os profissionais de saúde discutem as ações e procuram atender as necessidades de saúde dos idosos de forma integral.

[...] O atendimento do idoso, aqui em Santo... ainda estamos tentando construir, passa pela questão da prevenção, a questão do atendimento no PSF tanto do médico como da

equipe de saúde e agora, estamos caminhando na questão de proporcionar a atividade física e psíquica... algumas equipes já fazem a terapia comunitária com os idosos... porque os idosos ficam afastados e não tem uma convivência com a comunidade.... então nossa intenção é com o PSF tirar esse idoso de casa para que ele possa estar participando de atividades livres... eles gostam de fazer dança... já levamos eles para fazer Tai chi, a intenção é incluir os idosos em jogos cooperativos, exercícios de alongamento, porque assim inclui desde a questão da convivência, quanto da sociabilização porque eles podem estar se conhecendo e... não enfatizar a doença [...] (E10).

Percebe-se por este discurso a preocupação que os funcionários têm em acolher e assistir ao idoso. Estudos⁽¹²⁾ acreditam que os serviços de saúde pretendem ampliar a capacidade de autonomia dos indivíduos. Para que este objetivo seja cumprido, é necessário compreender que *a doença ou risco de adoecer pode cobrar das instituições um apoio de longo curso, e para a construção desta autonomia, o paciente curado depende de uma combinação de técnicas de apoio individual (fármacos, atenção clínica, acesso às informações, reabilitação física, referência em casos de crises), com outras socioculturais (socialização, capacidade para o trabalho, para a convivência, para viver em um mundo de conflitos e disputas). Portanto, deve ser repensada a desinstitucionalização e a desmedicalização*⁽¹²⁾.

Ainda, segundo estes autores, as idéias de Canguilhem, refletem que *curar alguém seria sempre lutar para ampliação do coeficiente de autonomia dessa pessoa com o objetivo de ampliar a capacidade de autonomia do indivíduo para melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o meio social e, em conseqüência, da capacidade de cada um instituir normas que ampliam as possibilidades de sobrevivência e a qualidade de vida*⁽¹²⁾.

O idoso, nem sempre, tem a esperança de que as ações de saúde consigam melhorar a sua vida, que consigam lhe dar mais capacidade para enfrentar os problemas que ele tem diante de si no seu cotidiano. Ele espera ir se tornando mais sabido, para ir resolvendo, por si, parte de seus sofrimentos e para ir solucionando parte dos seus obstáculos. O idoso está se tornando cada vez mais autônomo diante do seu caminhar, principalmente quando os seus familiares e os profissionais de saúde não lhe dão apoio.

O atendimento às necessidades de saúde dos idosos

Os conteúdos que veremos a seguir mostram que os profissionais de saúde têm realizado um esforço para atender as necessidades de saúde dos idosos, na USF.

[...] Eu acho que a gente tem atendido na medida que dá para a gente fazer porque ainda tem muitas falhas e muita coisa que falta. Tem muitos cortiços aqui que o idoso mora sozinho, não tem uma pessoa para cuidar dele, ele não sabe ler, não sabe escrever, toma medicação errada, então, a gente não pode ficar direto... teria que ter uma pessoa para cuidar. A gente anota numa fitinha para eles poderem tomar

a medicação, mas fica difícil. Ele tem medicação para a hipertensão, para a diabetes, tem um acompanhamento... A médica vai, a gente vai naquele paciente, às vezes, só para ver a pressão, aquele que não pode sair de casa, mas, estar lá sempre com ele é difícil [...] (E6).

Na área da saúde, como em qualquer outra dimensão da vida social há um entrelaçamento das relações sociais entre os indivíduos constituindo uma rede social. Em linhas gerais, pode-se definir rede social como uma teia de interações entre sujeitos envolvidos em ações concretas. O grau de conectividade de uma rede determina os fatores que unem seus integrantes e permite um melhor e maior intercâmbio de reciprocidade e estabilidade da rede⁽¹⁹⁾.

Assim, a questão com a qual se deparam as equipes de saúde é a de facilitar a ação de redes de suporte e, eventualmente, fomentar a formação de outras redes a partir do enfrentamento de problemas de saúde. Para tanto, torna-se necessário mapeá-las através da escuta e uma observação atenta das teias que nem sempre estão à mostra, mas que certamente, indicam o caminho para a construção de um olhar e de uma postura capaz de compreender e respeitar o outro⁽¹⁹⁾.

[...] Falando do Programa Saúde da Família desta unidade da região Centro/Histórica, a gente está vendo que não é muito fácil porque estamos vendo a necessidade de outros profissionais... A equipe é mínima, contem a enfermeira, o médico, a auxiliar de enfermagem e o agente comunitário que traz o problema para a enfermeira e que discutimos na equipe... mas, que depende de outros profissionais... eu acho que a equipe deveria ter uma Assistente Social e uma Psicóloga... eu sinto a necessidade de ter uma Assistente Social vinte quatro horas comigo porque nesta área a maioria dos problemas, 100%... é social ...é a pessoa idosa, abandonada pelo filho que dava lixo para ela comer. Nós precisávamos arrumar um lugar para esta senhora morar e precisaria de uma Assistente Social... e uma Psicóloga para atender o estado psicológico afetado dessa idosa [...] (E15).

Como podemos verificar nas falas dos sujeitos, o idoso que mora na região central do Município necessita de mais apoio social. A visita domiciliária permite conhecer a realidade destes idosos que não procuram os serviços porque estão debilitados e fragilizados pela doença. As condições de moradia são precárias, ele é abandonado pelos seus familiares e, muitas vezes, não tem nem alimentação adequada. Este idoso precisa, principalmente, do suporte dos profissionais de saúde que fazem parte do PSF e de outros profissionais como o Serviço Social e a Psicologia.

[...] Não, ainda penso que, estamos iniciando o programa e que estamos ainda tentando levar um atendimento mais humanizado, mas global, com uma visão diferente da medicina assistencialista, isto demandaria uma certa mudança de cultura tanto dos profissionais que estão envolvidos como uma mudança cultural, também, dos pacientes e dos indivíduos que estão sendo atendidos. Acho que o programa tem uma filosofia muito bonita, de acolhimento, mas

nós ainda barramos em dificuldades estas que eu coloquei a pouco, como a cultural, do indivíduo ou do profissional ainda querer resolver o imediato e contamos também com a dificuldade com as outras áreas. Não é só a área da saúde. Não temos dificuldade com a área social na região que estou, da atividade de lazer, de condições psicológicas, de condições de moradia, que não faz com que o programa deslanche tudo o que poderia [...] (E11).

O PSF possibilita esta rede social, quando todos, os profissionais e os idosos se envolvem para resolver os problemas do cotidiano. Para isto é necessário conhecer algumas das funções das redes sociais de suporte. Entre elas, a companhia social; o apoio emocional; o guia cognitivo e os conselhos; a regulação social; a ajuda material e dos serviços e, acesso a novos contatos. Por companhia social, entendem-se atividades realizadas em conjunto; apoio emocional representa sustentação, lealdade, simpatia e solidariedade; guia cognitivo, significa compartilhar e/ou esclarecer informações e conhecimentos, expondo modelos de comportamentos; por regulação social, compreende-se a reprovação de condutas anti-sociais, ajuda material e dos serviços, refere-se ao auxílio para solucionar um determinado problema de ordem econômica, de saúde etc., finalmente, acesso a novos contatos, supõe a ampliação da rede⁽¹⁹⁾.

Entender a família, o seu espaço social como núcleo básico da abordagem e não mais o indivíduo isoladamente; prestar assistência integral, resolutiva, contínua e de boa qualidade; desenvolver estratégias de intervenção sobre os fatores de riscos e de humanização das práticas; estimular a criação de vínculos de compromisso e responsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade; estimular o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, a organização da comunidade para efetivo exercício do controle social, são os compromissos do PSF⁽¹⁸⁾.

Para lidar com o idoso é necessário entender que a velhice não é uma doença e sim uma etapa da vida das pessoas com 60 anos e mais. Em sua grande maioria, estão em condições boas físicas, porém, à medida que envelhecem tornam-se mais propensas a se debilitarem e necessitam de ajuda para o cuidado pessoal. A Promoção da Saúde dos idosos deve levar em conta um bom funcionamento mental, físico e social, bem como, a prevenção de enfermidades e incapacidades⁽¹⁸⁾.

A atenção integral às necessidades de saúde dos idosos

Braga trabalha com a noção de vínculo do doente/família como responsabilidade de uma equipe, em que o *vínculo do doente/família não ocorreria exclusivamente de um único profissional, mas com a equipe*⁽¹⁸⁾.

[...] No caso da odontologia na USF, o atendimento deve ser forma simples, abordando o idoso de forma clara para que eles entendam as nossas explicações dos procedimentos que vão ser feitos, sempre enxergando ele como um todo, a promoção da saúde do idoso, e não somente da boca, normalmente, a odontologia olha só os dentes ou a boca, no nosso caso, se der certo... temos que ver ele como um todo. Se a

gente percebe algum problema, no caso da medicação que ele não está tomando, a gente conversa com a equipe, com o médico, para ele estar indo na casa do idoso ou então ele vir na unidade para estar orientando o idoso, porque não é só tá olhando a boca [...] (E8).

A integralidade não é um conceito, no entanto, ela possui vários sentidos, entre os vários sentidos encontramos: a recusa dos médicos em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico; buscar reconhecer as necessidades, além das demandas explícitas; as escolas médicas e os serviços de saúde não deveriam atribuir atitudes fragmentárias e reducionistas. A integralidade é entendida como, um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos, nos diferentes níveis de complexidade do sistema. O seu princípio corresponde exatamente a uma crítica da dissociação entre as práticas de saúde pública (preventivas) e as práticas assistenciais⁽¹¹⁾.

[...] O idoso tem que ter uma prioridade em todos os sentidos... é trabalhar muito a ação preventiva e muito a área da saúde mental... não que eles sejam dependentes psiquiátricos... mas ter psicólogos... um projeto de lazer... pelo menos aqui eu sinto muito a falta disso... mais convívio social com jovens, isto faz bem para eles, se sentirem amados pelos jovens, aquela troca de energia... é tudo isso... neste sentido saúde é tudo isso... não é só a dedicação ou só a doença [...] (E7).

As necessidades de saúde na atenção primária têm se tornado um complexo assistencial que envolve tecnologia apropriada e deve propor encaminhamentos no interior do sistema assistencial (sistema de referência e contra-referência). Os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades de saúde da população ao qual atendem e deve promover assistência totalizadora do cuidado (assistência globalizada)⁽¹¹⁾.

[...] O atendimento ao idoso tem que ser extremamente abrangente, clinicamente em todos os sentidos e quando agente trabalha na periferia é extremamente importante que exista uma rede tramamente bem consolidada, não só com acolhimento, mas com um Serviço Social extremamente atuante que agente possa atender integralmente. Sem o Serviço Social atuante é muito difícil, os idosos estão abandonados não só pela família mas, também pela própria comunidade... como vivem mais hoje em dia, têm muitos com demência... isto está aumentando muito e levando a qualidade de vida do idoso lastimável [...] (E2).

A saúde do idoso e a integralidade têm como desafios a construção de um vínculo entre o idoso e os trabalhadores (acolhimento); o acesso aos serviços de saúde; a oferta de opções tecnológicas para enfrentar os problemas de saúde; atender as prioridades de saúde de forma ampliada; compreender as necessidades de saúde relacionadas ao envelhecimento, através da convivência com o idoso⁽¹⁸⁾.

[...] aqui no morro estamos bastante avançados na questão da doença do idoso. Aqui o idoso, por conta da topografia da nossa área, procuramos atendê-lo no domicílio poupando ele

a vir a unidade, fazendo o atendimento da hipertensão, diabetes, coleta dos exames, mas... acho que não temos atendido todas as necessidades de saúde dos idosos... mesmo porque essas necessidades são um pouco mais amplas, passa pela parte de se sentir útil, produtivo, colaborando com sociedade de alguma maneira e isso os idosos aqui não tem e a gente não tem como suprir essa necessidade, tivemos até idéias, de fazer no morro centro de convivência de idosos onde eles poderiam ter uma oportunidade de sociabilização entre eles inclusive desenvolvendo alguma aptidões, curso onde eles se sentiriam mais úteis e produtivos mais por enquanto não foi implantado, isso é apenas um aspecto, mas, através desse aspecto digo que não tem atendido todas as necessidades de saúde dos idosos [...] (E5).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) trouxe novas práticas, entre elas; mudança do objeto de atuação em saúde: a família no seu domicílio; resgate das ações de prevenção e promoção; priorização dos recursos humanos: formação, capacitação e remuneração e, o estabelecimento de novos vínculos profissionais nos serviços⁽¹⁸⁾.

A integralidade na saúde do idoso tem como proposta reduzir o intervalo entre a doença (crônica e incapacitante) e a morte e, colaborar para a construção de idosos cada vez mais independentes e produtivos⁽¹¹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os idosos que vivem na região central no Município de Santos, atendidos na USF Centro/Histórica apresentam condições precárias de moradia e dificuldades para procurar os serviços de saúde, devido ao acesso topográfico e as enfermidades.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Trad. de Suzana Gontijo. Brasília: OPAS; 2005.
2. Lima AMM, Nemes Filho A, Rodrigues E, Teixeira RR. Saúde no envelhecimento. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 109-32.
3. Brasil. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [legislação na Internet]. Brasília; 1994. [citado 2006 jul. 24]. Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/idosolei8842.htm>
4. Brasil. Decreto n. 1.948, de 3 julho de 1996. Regulamenta a Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [legislação na Internet]. Brasília; 1996. [citado 2006 jul. 24]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto/D1948.htm>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [legislação na Internet]. Brasília; 2006. [citado 2007 nov. 16]. Disponível em: <http://www.datadez.com.br/content/legislacao.asp?id=32259>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a aprovação da Política de Atenção Básica, estabelecendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [legislação na Internet]. Brasília; 2006. [citado 2007 out. 22]. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a orientação do modelo assistencial. Brasília; 1997.

Os profissionais de saúde entrevistados conhecem o PSF, mas, sentem-se inseguros porque o programa foi implementado nesta região há pouco tempo e, através das visitas domiciliares tem realizado esforço para prestar atenção integral às necessidades de saúde dos idosos.

Os sujeitos da pesquisa encontram dificuldades de lidar com os problemas de ordem social e psicológica porque os serviços não possuem uma equipe multiprofissional, com o Assistente Social, Psicólogo, Fisioterapeuta e Nutricionista. Portanto, não existe uma rede de suporte social estruturada para atender os idosos.

A falta de coordenação entre os diferentes recursos sanitários e sociais dirigidos aos idosos é um dos elementos que mais contribuem à dependência dos idosos, pois esta fragmentação das necessidades sanitárias e sociais transforma o idoso em dependente da oferta de serviços e cuidados. Por outra parte, esta falta de atenção global desencadeia a passagem de uns recursos a outros sem que nenhum deles chegue a ser realmente efetivo para fazer frente a suas necessidades.

Portanto, os profissionais de saúde devem contribuir para independência e o envelhecimento ativo dos idosos, organizarem a atenção levando em conta os recursos necessários para responder de forma flexível às necessidades de saúde dos idosos e suas famílias.

A atenção domiciliar ressurgiu, nos tempos atuais, como uma atividade básica a ser realizada na Atenção Primária à Saúde para responder às necessidades de saúde dos idosos. A proposta deste serviço é desenvolver as habilidades dos profissionais de saúde em relação à cura e prevenção das doenças e, a promoção da saúde, fornecendo uma atenção integral, oportuna, contínua e de boa qualidade.

-
9. Bertussi DC, Oliveira MSM, Lima JVC. A Unidade Básica no contexto do Sistema de Saúde. In: Andrade SM, Soares DA, Cordoni Junior L. Bases da saúde coletiva. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. p. 133-43.
 10. Costa EMA, Carbone MH. Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: RUBIO; 2004.
 11. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO; 2001. p. 39-64.
 12. Cecílio LCO, Matsumoto NF. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: Pinheiro R, Ferla AA, Mattos RA, organizadores. Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: EDUCS/IMS/UERJ 2006. p. 37-50.
 13. Stotz EN. Necessidades de saúde: mediações de um conceito [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1991.
 14. Lefrève F, Lefrève AMC. Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Líber Livro; 2005.
 15. Jodelet D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: Moscovici S. Psicología social II: pensamiento y vida social y problemas sociales. Barcelona: Paidós; 1987. p. 469-94.
 16. Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico (IBGE). Assistência Médica Sanitária, 2002 [texto na Internet]. Rio de Janeiro; 2002. [citado 2006 jul. 24]. Disponível em: www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php.
 17. Santos. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Atendimento Básico. Manual de saúde do idoso: dispõe sobre o compromisso com a terceira idade. Santos; 2003.
 18. Costa CR, Fracolli LA. O processo de enfermagem em atenção primária à saúde. In: Santos AS, Miranda SMRC, organizadoras. A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde. Barueri: Manole; 2007. p. 147-65.
 19. Braga NA. Redes Sociais de Suporte e humanização dos cuidados em saúde. In: Deslandes AF, organizadora. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. p. 163-83.

ANEXO 1

Roteiro com questões norteadoras para a coleta de dados dos profissionais de saúde da USF

1. Um serviço de saúde para o idoso deveria atender todas as suas necessidades de saúde. Na sua opinião como deve ser o atendimento ao idoso?
2. As ações no PSF têm atendido todas as necessidades de saúde do idoso? Por quê?
3. Na sua opinião, o SUS, trouxe mudanças para o atendimento ao idoso? Quais são?