

A ATUAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA JUNTO AOS IDOSOS

The work of Family Health teams with the elderly

Maria Alice Amorim Garcia*

Daniela Akemi Miyamoto**

Rafaela Marega Frigério***

Silvia Stahl Merlin***

RESUMO

Este artigo descreve a atuação das Unidades Básicas (UBS) e de Saúde da Família do Distrito de Saúde Noroeste de Campinas/SP, formulando um perfil das ofertas voltadas à população idosa. Buscou-se relacionar as políticas (o Estatuto e a Política Nacional de Saúde do Idoso e o Programa Saúde da Família federal e local) e a ação das equipes, sob a percepção dos coordenadores das UBS, enquanto gestores locais, e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enquanto elos das equipes com as comunidades. Como resultado, observou-se que a preocupação e a oferta de atividades aos idosos antecedem a formulação da Política e Estatuto dos Idosos e, através da estratégia da Saúde da Família, têm sido implementadas ações que visam ao maior acesso e resolutividade. Entre as atividades com maior contingente de idosos, destacam-se os grupos educativos e a atenção domiciliar aos indivíduos fragilizados. Quanto ao modelo, os ACS funcionam como “laços”, pois articulam apoios sociais e promovem a integração das equipes e dos usuários, contribuindo para a construção dos projetos terapêuticos multiprofissionais. Não há ações específicas para os idosos, mas entende-se que, por sua vulnerabilidade, necessitem de cuidados “especiais”. Concluiu-se que a estratégia da Saúde da Família tem permitido lidar com os efeitos da desigualdade e do despreparo de nossas políticas para o envelhecimento populacional. Mesmo com recursos insuficientes, a ação criativa das equipes mostra-se possível, enquanto busca da integralidade do cuidado.

Palavras-chave: Saúde do Idoso; Saúde da Família; Serviços de Saúde para Idosos; Assistência a Idosos; Cuidados Primários de Saúde.

ABSTRACT

This article describes the work of the primary health units (UBS) and Family Health groups of the Northwest District of Campinas/SP, and describes the services available to the elderly. We sought to relate the policies (the Statute and National Health Policies of the Elderly and the Federal and local Family Health Program) and the work of the teams, under the perspective of the UBS coordinators, as local managers, and of the Community Health Agents (ACS), as links between the teams and the communities.

We observed that the concern about and the offering of activities to the elderly preceded the formulation of the Policies and Statute of the Elderly. Actions aimed at improving access and resolution have been implemented through the Family Health Strategy. Among the activities with the largest numbers of elderly are the educational groups and home care for dependent people. With respect to the model of care, the ACS work as "links," because they articulate social support and foster integration between the teams and users, contributing to the construction of multi-professional therapeutic projects. There are no specific actions for the elderly, but it is understood that they need “special” care, due to their vulnerability. We conclude that the Family Health Strategy has enabled health teams to deal with the effects of inequality and of the lack of

* Doutora em Saúde Coletiva, docente titular da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Grupo de Pesquisa Intervenções em saúde: avaliando invenções. Endereço: R. Américo de Campos, 416, Cidade Universitária- Campinas, CEP:13083-040, E-mail: malicegarcia@puc-campinas.edu.br

** Bolsista PIBIC/CNPq, acadêmica da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Campinas

*** Acadêmica da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Campinas

preparedness of our policies for the aging. Even with insufficient resources, the teams have shown to be creative in seeking comprehensive health care.

Key Words: Aging Health, Family Health; Old Age Assistance; Health Services for the Aged; Primary Health care.

Introdução

A Política de Saúde do Idoso apresenta, como propósito basilar, “a promoção do envelhecimento 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, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade”. Prevê que se deva dar atenção especial aos pacientes mais vulneráveis a internações prolongadas, reinternações sucessivas e de pior prognóstico, identificando essas pessoas e provendo uma assistência diferenciada, que inclua a atenção domiciliar. (BRASIL,1999)

O Estatuto do Idoso, aprovado em 2003, reafirma a Política Nacional de Saúde do Idoso, responsabilizando o Sistema Único de Saúde-SUS pela atenção à saúde e propondo penas em situações de desrespeito ou abandono de cidadãos da terceira idade.(BRASIL, 2003a)

Em contradição com a Política de Saúde da Família, as propostas voltadas aos idosos referem-se ao atendimento por geriatra e gerontólogo, que constituiriam “a base desta assistência” no nível ambulatorial. Indicam-se, também, os centros de referência, hospitais-dia, os grupos de auto-ajuda, a atenção aos cuidadores informais e a participação de equipe multiprofissional. A única referência à estratégia da Saúde da Família é a do treinamento de agentes comunitários de saúde e profissionais para, no trabalho domiciliar, contribuir no processo educativo, “estimulando a adoção de comportamentos saudáveis”. (BRASIL, 1999; BRASIL, 2003b; VERAS, 2003)

Por sua vez, à Política de Saúde da Família, ao ter por diretriz a universalidade e equidade, não caberia privilegiar uma faixa etária específica, mas o acolhimento das necessidades de todos os indivíduos, identificando as condições de risco e oferecendo uma atenção holística e humanizada ao núcleo familiar.(BRASIL, 2000; BRASIL, 2003b; SILVESTRE; NETO, 2003)

O processo de intensas mudanças demográficas vivenciadas no Brasil acontece com o aumento acelerado de idosos portadores de um quadro de múltiplas doenças crônicas e estado de fragilidade decorrente da perda da capacidade funcional, o que demanda ações freqüentes, contínuas e dispendiosas, por parte do sistema de saúde e das famílias.(BRASIL, 2000; SILVESTRE; NETO, 2003)

Requer a atenção por meio de equipes multiprofissionais que, por sua vez, necessitam de capacitação e educação permanente, bem como o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e de estudos e pesquisas e a promoção de medidas que orientem a população quanto à importância da melhoria constante de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida.(BRASIL,1999; CALDAS, 2003)

O estado de dependência comporta-se como fator de risco significativo para a morbimortalidade, mais relevante até que as próprias doenças que levaram à incapacidade. Estima-se a existência de um e meio milhão de idosos gravemente fragilizados no Brasil.(BRASIL, 2000; CALDAS, 2003; PASCHOAL,1996)

Entre os suportes formais e informais, a família é a primeira fonte de cuidado, preferida pela sociedade em relação ao asilamento, pois permite a participação e integração dos idosos na comunidade e menores custos para o sistema. Deve-se, no entanto, levar em conta a existência de idosos solitários ou sem famílias e o estado de pobreza da população. Por sua vez, sabe-se que as aposentadorias compõem o orçamento familiar, sendo importante estratégia para a sobrevivência dos grupos domésticos em situações multigeracionais.(CALDAS, 2003; CESCHINI, 2002; WHO, 2005)

O perfil do cuidador é, em geral, formado por cônjuges ou filhos, do sexo feminino, que vivem no mesmo domicílio do idoso. Em muitas situações, também são pessoas fragilizadas, pois apresentam dificuldades financeiras, problemas de afeto e de relacionamento, sobrecarga de tarefas e solidão, sendo doentes em potencial e com a capacidade funcional em risco. (KARSCH, 2003; WHO, 2005)

Tais fatos implicam no questionamento da garantia de condições de um cuidado humanizado por parte das famílias e a necessidade do apoio formal e alternativas de assistência e informação quanto a aspectos físicos, emocionais e materiais ao idoso e ao cuidador. (CALDAS, 2003)

A estratégia de Saúde da Família pode fazer face a esses desafios, desde que se incorpore o cuidado domiciliar aos dependentes e se incluam o planejamento e o financiamento multisetorial de ações, por parte de uma rede de suporte à família-cuidadora. A equipe de saúde deve estar atenta à pessoa idosa, ao seu bem-estar, à rotina funcional e à inserção familiar e social. (BRASIL, 2000; CALDAS,2003; KARSCH, 2003; SILVESTRE; NETO, 2003)

Na cidade de Campinas, a partir de 2001, foi implantado o Projeto Paidéia de Saúde da Família junto à rede básica, fundamentado no “desenvolvimento integral do ser humano” por meio da “educação para a vida” e da “reconstrução da subjetividade”, integrando saúde e

cidadania. São diretrizes desse programa: 1) a clínica ampliada, que toma por objeto não só a doença, mas o indivíduo enfermo ou com risco de adoecer, a família, grupos e coletividades, promovendo a cura, reabilitação, alívio do sofrimento e a própria saúde; 2) o cadastramento das famílias; 3) o acolhimento e responsabilização, desenvolvendo maneiras adequadas de receber os distintos modos com que a população busca os serviços e garantindo um acesso qualificado aos demais níveis; 4) o sistema de co-gestão, democratizando o poder entre todos os envolvidos: usuários, trabalhadores e gestores, construindo projetos partilhados, motivando e educando os trabalhadores. (CAMPINAS, 2001)

Nas equipes de Saúde da Família de caráter interdisciplinar e multiprofissional, destaca-se o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na ampliação da capacidade das UBS agirem na comunidade e domicílios, interagindo com as pessoas e famílias, contribuindo para que se apropriem de conhecimentos e práticas que ampliem a autonomia e desenvolvimento integral. São responsáveis pelo cadastramento, mobilização de apoios e suportes sociais e intersetoriais, abrindo o serviço para as demandas e necessidades da comunidade e participando da construção das agendas das equipes. (BRASIL, 1999; CAMPINAS, 2001 e 2002; NUNES et al., 2002)

Entre as características do perfil desse profissional, o fato de ser preferencialmente morador do território ou das proximidades permite compartilhar o contexto social e cultural e o universo lingüístico, facilitando a identificação de fatores responsáveis ou intervenientes no adoecimento das pessoas, assim como o desenvolvimento de estratégias mais eficazes na adesão às recomendações da equipe de saúde. (NUNES et al, 2002; CAMPINAS, 2002)

Quanto às funções do ACS voltadas ao idoso, citam-se, no programa de Campinas: a identificação de fatores de risco e o desenvolvimento de ações educativas juntamente com os demais integrantes da equipe; o levantamento de casos de suspeita de violência domiciliar e acidentes domésticos, avaliando o ambiente familiar e discutindo com a equipe; a ação educativa de estímulo à mudança de hábitos de vida; a identificação de pacientes acamados e a participação na supervisão da aplicação de orientações e uso de medicamentos indicados no projeto terapêutico. (CAMPINAS, 2002)

Esta investigação objetivou descrever a atuação de Unidades Básicas (UBS) e de Saúde da Família, formulando um perfil das ofertas voltadas à população idosa. Buscou-se relacionar as políticas (o Estatuto e a Política Nacional de Saúde do Idoso e o Programa Saúde da Família federal e local) e a atuação das equipes, sob a percepção dos coordenadores das UBS, enquanto gestores locais, e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enquanto elos das equipes com as comunidades.

Metodologia

Trata-se de pesquisa qualitativa de avaliação de programas de saúde que privilegia a perspectiva dos atores sociais (equipes de saúde) no plano micro das práticas em saúde no que concerne à descrição e análise das atividades voltadas a idosos.(UCHIMURA; BOSI, 2004)

A investigação constou de um diagnóstico das ações ofertadas pelas equipes profissionais de sete unidades básicas (UBS) do Distrito de Saúde Noroeste de Campinas/SP, realizado através do levantamento de documentos e informações secundárias e entrevistas com questões abertas aos coordenadores (C) e a um agente comunitário de saúde (ACS) de cada serviço, identificando-se as atividades intra e extra-muros voltadas aos idosos e dependentes, o planejamento das ações e coleta de informações, a composição das equipes e as dificuldades enfrentadas.

Essa metodologia de caráter qualitativo implica limitar o número de entrevistados, havendo, por contrapartida, maior disponibilidade de tempo, maior riqueza de conteúdos com menor generalização, mais aprofundamento e abrangência da compreensão. Um indivíduo pode representar um grupo social cujas idéias resultam de diversos fatores correlacionados e refletem uma realidade que, por sua vez, influi na maneira de pensar e agir daquele grupo. A maneira de pensar e de expor entre os indivíduos é diversa, porém possibilita uma aproximação ao contexto em que foi elaborada. (MARTÍNEZ; BOSI, 2004; MINAYO, 1993; TURATO, 2003)

A escolha de coordenadores e ACS para as entrevistas visou analisar a relação entre as políticas e a ação no território, o pólo que representaria a gestão e o outro, a efetivação da política.

Considera-se que o ACS possa representar não somente um “elo” (parte de uma corrente) de ligação da comunidade com a equipe e o sistema , mas um “laço” (artesanal) que dá uma noção de mobilidade e de construção de relações. (SILVA et al., 2004)

As entrevistas realizadas, no período de agosto a novembro de 2003, foram gravadas e, após a transcrição, procedeu-se ao trabalho de descrição (o que foi dito), compreensão (aquilo acerca do que se diz) e explicação (porque foi dito) de cada entrevista, seguido da seleção das categorias e subcategorias de análise apontadas nos resultados. (MARTÍNEZ; BOSI, 2004; MINAYO, 1993; TURATO, 2003)

Os indivíduos foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a confidencialidade dos dados, assinando o consentimento, conforme indicado pelo Comitê de Ética da PUC-Campinas.

Resultados e discussão

1. O Distrito de Saúde Noroeste de Campinas

A região representa parcela importante da realidade brasileira, no que tange ao perfil demográfico, sócio-econômico e epidemiológico de sua população, mas com melhor acesso aos serviços de saúde, o que pode demonstrar a potencialidade das políticas que vêm sendo implementadas nesse setor.

O Distrito corresponde a aproximadamente 8% da área total do município e abriga 15,2% (n=155.248) de sua população, sendo de 6,7% a parcela de idosos. A maior parte dos habitantes é de baixa renda e vive em condições precárias: 15,2% (n=23.597) em sub-habitações; a taxa de analfabetismo é de 18,6% em geral e maior que 30% entre os idosos; a taxa de crescimento populacional anual (2,18%) é a mais alta do município e, como causas gerais de mortalidade, apresentam-se as enfermidades do aparelho circulatório, em 29%, e as causas externas, em 25% dos óbitos (15,6% em Campinas). Quanto à estrutura de serviços de saúde, conta com um Hospital Universitário, um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e oito UBS, que se inserem no projeto Paidéia de Saúde da Família: Jardim Florence, Parque Floresta, Integração, Jardim Ipaussurama, Dr. Pedro de Aquino, Vila Perseu Leite Barros, Parque Valença e Parque Itajaí (não incluído no estudo). (CAMPINAS, 2003)

Quadro 1

Quadro 2

2. As Unidades Básicas de Saúde

Todos os serviços visitados seguem o modelo assistencial proposto pelo Programa de Saúde da Família-Paidéia, sendo que o número total de equipes varia proporcionalmente com a área de abrangência. Cada equipe atende a cerca de 4.500 a 7.000 pessoas, ou 1.200 famílias, e é composta por médico generalista, enfermeiro, dentista, auxiliares de enfermagem e de consultório dentário e agentes comunitários de saúde. As equipes ainda podem ser ampliadas com ginecologista, pediatra, técnico de higiene dental, terapeuta ocupacional e psicólogo. Os serviços disponíveis são consultas gerais e de especialidades, serviços assistenciais, grupos de orientação terapêutica, exames de apoio diagnóstico, vigilância em saúde, atividades externas e outros serviços especializados. (CAMPINAS, 2001)

Parte das UBS é integrada com a PUC-Campinas, contando, de modo diversificado em cada equipe, com coordenadores pedagógicos, alguns funcionários, docentes e discentes dos

cursos de: Medicina, Enfermagem, Odontologia, Fisioterapia, Farmácia, Nutrição, Psicologia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia.

3. O Modelo Assistencial

A pesquisa voltada a programas de saúde abrange um amplo espectro de configurações e racionalidades. Esta investigação não tinha o propósito de “provar” ou “afirmar” um programa, ou avaliar sua qualidade, mas de descrevê-lo qualitativamente, tendo como premissa as políticas no nível macro. Foram analisados aspectos específicos do cuidado aos idosos e sua organização, buscando integrar a dimensão formal e objetiva do cuidado (atividades) com o modo como são vivenciadas pelos atores (modelo assistencial). (UCHIMURA; BOSI, 2004)

A demanda de idosos e dependentes que chega às UBS diferencia-se em decorrência da composição etária e condições sócio-econômicas e de acesso, mas todos os serviços pesquisados têm procurado responder a essas demandas. A preocupação com a atenção ao idoso faz parte da agenda das UBS e prova disso é o oferecimento diversificado de atividades e o interesse das equipes por capacitação voltada à atenção aos idosos.

Segundo os entrevistados, a preocupação com a atenção aos idosos, na Secretaria Municipal de Campinas, antecede a Política e o Estatuto do Idoso: “antes de sair o Estatuto já havia um movimento dentro da rede. Discutia-se a questão do idoso como portador de necessidades especiais: do cuidador e do dependente. Foi até formulado um manual para cuidar do idoso no lar, usando os subsídios de várias profissões” (C). (CAMPINAS, 2003b).

Precedendo a implantação oficial, em 2001, da estratégia de Saúde da Família, a atenção básica já respondia à emergência da atenção ao idoso, a qual se tornou ainda mais presente em decorrência do vínculo, responsabilização e adscrição da clientela (CAMPINAS, 2001; BRASIL, 1999; BRASIL, 2003b): “com o Paidéia se abriu a rede e ampliou o acesso ao adulto e ao idoso. Agora se tem uma programação mais definida não só para crianças e mulheres”(C).

Os coordenadores referiram não ter havido uma discussão específica da Política ou do Estatuto e questionam a falta de articulação com a estratégia da Saúde da Família: “em nenhum momento o Estatuto cita o PSF, que é uma política nacional, e na política de saúde do idoso se fala no atendimento por geriatra. Estas políticas levam tanto tempo discutindo que quando são aprovadas, muitas coisas foram superadas” (C).

Entretanto, não negam a importância dessas políticas: “embora haja equívocos, podem ser instituintes (...) podem ser um fator desencadeador para a socialização da discussão dos direitos” (C).

Observou-se que o modelo assistencial das unidades apresenta afinidades, pois é direcionado pelo Programa Paidéia e a diretriz da clínica ampliada fundamentada na integralidade (CAMPINAS, 2001), que pode ser exemplificado por esta fala: “os idosos têm necessidades especiais, a gente tem que conhecer para planejar o atendimento, o fluxo. Eles são mais inseguros, saem da consulta e voltam ao balcão para alguém que eles têm maior vínculo. Se for bem atendido de primeira, ele não precisa sair dali e ir a outro serviço para perguntar a dúvida que ficou”(C).

3.1. Atividades ofertadas

São poucas as atividades específicas para os idosos, sendo que a abordagem é feita a toda população, através de consultas agendadas e eventuais, acolhimentos, procedimentos em geral, grupos educativos e atendimento domiciliar, ressaltando-se que a demanda das duas últimas atividades é composta principalmente por idosos: “a única ação exclusiva é a semana de vacinação, que a gente aproveita e faz uma avaliação para câncer bucal e algumas vezes ginecológica” (C).

Acolhimento

O modelo de atenção às famílias implica no atendimento equânime e universal, priorizando-se pessoas em situações de risco, independente da faixa etária. (BRASIL, 2003b) Entretanto, nos territórios com elevada porcentagem de idosos: “não há uma atenção exclusiva, mas a maioria das pessoas atendidas ou que se encontram nas filas de espera são idosos” (C).

Todos os entrevistados demonstraram a preocupação e consciência de que é uma população que deve receber maior atenção, pois, em grande porcentagem, trata-se de portadores de múltiplos problemas e incapacidades (CALDAS, 2003; KARSCH, 2003): “quando chega ao CS com alguma queixa, em geral é um hipertenso ou diabético e você acaba dando maior atenção, ouvindo mais” (C); “quando o idoso tem alguma deficiência a gente acaba passando na frente, não deixa esperando tanto tempo, já tem um acompanhamento mais certinho com o médico” (C).

Como apontado, necessitam de cuidados ‘especiais’ (PASCHOAL, 1999): “se tiverem que esperar mais um pouco para serem atendidos, eles vão embora. Tem que ter tato para lidar. Muitos não querem tomar a vacina, têm resistência” (C).

Os idosos portadores de incapacidades são também acolhidos pelo ACS (CAMPINAS, 2002; SILVA et al., 2004): “no cadastro acaba encontrando idoso acamado, ou o parente que avisa o CS, pedindo para que faça uma visita, ou algum vizinho que encontra a gente na rua. Vamos à casa para confirmar, vemos como está sendo tratado, se o ambiente é tranquilo, se a

família tem dificuldade financeira, se o idoso não fica sozinho. A gente acaba fazendo visitas mais freqüentes, retorna para conversar. Acaba se tornado amigo do idoso”(ACS).

Como referido por um coordenador, o acolhimento diferencia-se, na dependência da sensibilidade de cada profissional: “sabemos que esta população precisa de uma atenção diferenciada. Claro que tem a sensibilidade de cada funcionário, tem aquele que lida melhor, que consegue abordar, ser mais paciente, compreender que precisa de mais tempo, que a pessoa pode ter dificuldade de ouvir, de memorizar”(C).

Grupos educativos

Em todos os Centros de Saúde, a maior parte dos participantes dos grupos é idosa: “tem grupos de pacientes com patologias específicas (hipertensos e diabéticos) e outros de vivência ou de atividade corporal. Os de trabalhos manuais como tricô, crochê, são formados por mulheres que apresentam os trabalhos em praças, feiras” (C).

Parte desses grupos também foi formada com a participação e pela iniciativa da população: “os grupos de caminhadas, de ‘taichi’, de ‘Liang Gong’ têm relação com o CS, foram estimulados pelo CS, mas hoje em dia se tornaram independentes, são da comunidade” (C).

As UBS citam os grupos terapêuticos, como forma de ampliar a oferta qualificada e a aderência dos usuários idosos (CAMPINAS, 2001; SILVESTRE; NETO, 2003): “temos procurado garantir a participação em grupos, para que os idosos tenham uma atividade programada e o retorno sem precisar ficar na fila. [...] Tentamos direcionar os grupos para as necessidades deles, para que se sintam acolhidos, como com o Liang Gong” (C).

Cumprem a função de promoção de saúde (SILVA et al., 2004): “os grupos são bons para os idosos não ficarem sós em casa. Nos grupos, se envolvem com outras pessoas, participam. A solidão pode trazer doenças”; “os idosos são sedentários, poucos fazem caminhadas, são muito caseiros, bem fechados. Alguns, ao menos, freqüentam a igreja” (ACS).

A maior parte dos participantes é de mulheres, registrando-se a preocupação com a inclusão masculina: “os homens não são englobados. Estamos pensando em montar oficinas para trabalhar com madeira, coisas pequenas, mas, como tudo, faltam recursos”(ACS).

Numa UBS, foi citado o “Crevida Feliz”, idealizado por funcionária do serviço, com o apoio da comunidade: “Busquei ajuda intersetorial. Fui liberada para resolver isso [...] A gente une as crianças com os idosos, o pessoal da comunidade, da própria família; os idosos voluntariamente dão aulas de artesanato. E é bom! Diminui a depressão!” (ACS).

Foi referida também a formação de grupos para cuidadores e familiares (CESCHINI, 2002; KARSCH, 2003): “são os cuidadores, que em geral também são idosos e também precisam

de cuidados. Outro projeto é o grupo de saúde mental, para familiares ou pessoas da comunidade que ajudam a cuidar” (C).

Atenção domiciliar

Todas as UBS realizam acompanhamento domiciliar, sendo que o critério para inclusão é a impossibilidade de locomoção, pela presença de incapacidades e dependência, levando em consideração a situação familiar: “os agentes de saúde trabalham nas ruas e têm contato direto com as famílias e trazem a demanda para as equipes. Chegam também pelo cadastro, pelos grupos, pelas visitas ou procuram a gente no CS” (C); “incluímos também algumas pessoas bem idosas que se locomovem, mas têm dificuldades de acesso” (C).

A programação e periodicidade dos atendimentos dependem das necessidades de cada família e paciente: “é realizada visita, a princípio, pela enfermagem; dependendo do problema, pode ser feita pela equipe inteira” (C).

Na visita, uma das funções é a do apoio ao cuidador (CESCHINI, 2002; KARSCH, 2003): “a pessoa que cuida dos idosos tem muitas dúvidas, nunca tem certeza se o que está fazendo é correto; ficam muito preocupados e superprotegem. É preciso explicar que o estado do paciente independe de estar ao lado o tempo todo, que pode deitar e dormir tranquila” (ACS).

Busca-se conhecer as necessidades da família: “vamos com aquele olhar geral, não só para o idoso, mas o ambiente, a família, quais as necessidades da casa. Discutimos com a equipe. Às vezes percebemos que outra pessoa precisa de atenção, até da assistência social, por exemplo” (ACS).

3.2. Atuação multiprofissional

Trabalho em equipe

Boa parte das atividades é realizada por equipes multiprofissionais, destacando-se: os grupos, as consultas domiciliares, o acolhimento e a discussão dos projetos terapêuticos.

No acompanhamento domiciliar, a equipe avalia a situação da família e discute o projeto terapêutico, planejando as ofertas e a composição profissional (CAMPINAS, 2001): “a gente observa a família e traz o apanhado para a equipe. Vê o que o cuidador precisa, pois eles sempre têm problemas [...] acompanhamos o generalista na visita domiciliar. A periodicidade depende da necessidade e da gravidade” (ACS).

Em algumas unidades, conta-se com docentes e discentes de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia e Fonoaudiologia, que realizam diferentes atividades, inclusive o matriciamento da equipe: “se for obeso ou diabético, entra a

Nutrição; quando tem desvios psicológicos, direcionamos para a Psicologia ou para a Terapia Ocupacional, se for o caso” (ACS).

O papel dos ACS

O papel dos ACS é fundamental no vínculo com a população, ficando claro seu campo na interface da saúde e ação social (CAMPINAS, 2002; SILVA et al., 2004): “a gente seria mais um olho observador mesmo”; “não temos um trabalho direcionado para uma função específica, mas para a equipe” (ACS).

As funções citadas correspondem aos documentos oficiais (CAMPINAS, 2002; BRASIL, 1999): “o nosso serviço é fazendo as visitas, fazendo um vínculo com as famílias, trazendo os problemas e discutindo nas reuniões uma vez por semana”; “a gente observa tudo: o paciente como está, a alimentação, acomodação, os cuidados”; “cuidamos das famílias com os direitos cidadãos que elas têm, orientamos ir ao centro de saúde para dentista, ginecologista, amamentação”; “fazemos o cadastro, a busca da dengue, a citação para consultas, para retornar devido a exames alterados”; “somos a referência para a família” (ACS).

Fundamentalmente, são responsáveis pela criação (artesanaria) de laços entre as equipes e a comunidade, sendo que seu papel amplia-se em várias direções no sentido da ação extra-muros (NUNES et al, 2002; SILVA et al, 2004): “somos como Bom Brill: mil e uma utilidades”; “vamos ao território, conhecemos a população que vamos trabalhar, verificamos os equipamentos disponíveis (creche, escola, padaria, igreja, farmácia)”(ACS).

No questionamento quanto à receptividade da comunidade, mostrou-se haver um processo em construção que depende da presença constante nas ruas e da abordagem: (NUNES et al, 2002; SILVA et al., 2004): “não é na primeira vez que vai à casa, mas uma coisa importante é o carinho e não esquecer a fisionomia da pessoa. Acho que a recepção depende de você. Já encontrei pessoa rude ou resistente, o que eu acho normal, pois não se pode abrir a porta, expor a vida para a primeira pessoa que encontra” (ACS).

No caso de idosos dependentes, a visita dos ACS é ainda mais valorizada e até mistificada (SILVESTRE; NETO, 2003): “tem alguns cuidadores que dão graças a Deus quando a gente chega. Eles acham que é um anjo que caiu do céu! Têm um monte de expectativas e ajudamos só até onde podemos” (ACS).

Ficou patente, nesta pesquisa, serem esses profissionais os principais responsáveis pela ampliação do acesso e abrangência do território, como neste exemplo: “há uns dois anos, quando os nossos agentes chegaram, descobrimos casos de maus tratos. A gente foi, interferiu, chamou a família” (C).

3.3. Planejamento e gestão do cuidado

Planejamento local e informações

No questionamento aos coordenadores, acerca da inclusão do tema idoso no planejamento das UBS, a resposta de todos foi positiva: “pela característica da pirâmide da população do território, cada equipe demonstra a necessidade de projetos para os idosos; com o grupo de convivência, apareceram outras demandas” (C). Entretanto, em quatro serviços, devido à existência de outras prioridades, não haviam sido incorporadas atividades específicas aos idosos, no plano piloto para 2004.

No planejamento, são utilizadas informações populacionais, oferecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, e levantamentos feitos pelos ACS: “podemos puxar as planilhas de produção com dados por faixa etária”; “cada ACS tem uma micro-área tentando conciliar com o setor censitário, para que se possam ter informações sobre as mulheres, idosos, crianças” (C).

Especificamente, em relação aos idosos, algumas UBS dispõem de dados: “no nosso serviço, 30% dos atendimentos são de pessoas com mais de 60 anos. Temos cadastrados todos os idosos acamados, cada equipe tem seu fichário e uma rotina de visita independente da solicitação e do estado deles” (C).

A ‘percepção’ é a principal ferramenta do planejamento, pois acontece na ação cotidiana de cuidado e convívio com a população, sendo fundamental a atuação de ‘tradutor’ dos ACS (NUNES et al, 2002; SILVA et al., 2004): “a gente traz os problemas, revela o filme para a equipe, no nosso ponto de vista, dentro do nosso conhecimento. O que ajuda é a experiência, não só de trabalho, mas de vida”(ACS).

O laço com a comunidade permite a obtenção de informações qualitativas referentes à problemática social presente nos territórios (MARTINEZ; BOSI, 2004; NUNES et al, 2002): “a maioria dos idosos é carente, morando com os filhos, ou os filhos vêm morando na casa dos pais. Às vezes, o dinheiro mais garantido é o da aposentadoria. Não é um dinheiro para o lazer, tendo que investir para ajudar na casa” (ACS).

Neste sentido, destacam-se aspectos do modo de vida dos idosos, tais como a solidão, o sedentarismo e a carência de atenção familiar e de apoio institucional (PASCHOAL, 1996): “você consegue detectar se tem alguma coisa estranha. Volta em um outro momento para conversar com mais tranquilidade, para ver se a pessoa está sendo cuidada” (ACS).

Educação permanente

Para a atuação em equipe, a formação generalista e, conseqüentemente, a educação permanente são imprescindíveis: “qualquer profissional deve saber lidar com o idoso, mesmo o pediatra, que vai atender a criança, deve saber ver a avó, por exemplo” (C).

Segundo os entrevistados, a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas oferece cursos para a educação continuada dos profissionais da rede: “dentro da capacitação para generalista há um módulo exclusivo para a saúde do idoso (...) tem uma parte de atenção ao paciente e outra voltada ao cuidador, inclusive tem o manual (CAMPINAS, 2003b)” (C).

Foi citada também a iniciativa específica de uma UBS em promover a educação permanente: “a terapeuta ocupacional, que é docente da PUC-Campinas, tem trabalho com idosos e está propondo fazer uma capacitação da equipe para melhorar a percepção mais cuidadosa” (C).

Quanto aos ACS, queixaram-se de que é dada maior ênfase à mulher e à criança, sendo de interesse a temática do idoso: “gostaria que tivesse capacitação nessa área para estar acrescentando, podendo ajudar a equipe e levando alguma coisa nova, uma nova energia para as famílias” (ACS).

Para a formação dos ACS, existe a capacitação formal, mas destaca-se a aprendizagem cotidiana com base no trabalho (SILVA et al., 2004; NUNES et al, 2002): “tivemos a primeira capacitação de 220 horas com profissionais da área da Saúde, Psicologia, Meio Ambiente. Eles deram de tudo que podemos encontrar nas ruas, nas casas ... até acidente de trabalho!”; “é difícil ensinar a abordagem, que é dar um sorriso, um olhar de confiança, transmitir segurança”; “o que a gente faz é mais as reuniões semanais da equipe”; “a minha capacitação foi no dia-a-dia, perante nós mesmo, na prática” (ACS).

3.4. Dificuldades no percurso

Em todas as UBS, o problema dos recursos humanos foi o mais citado: “muitas vezes a gente traz o caso até aqui, vê que estão lutando pra conseguir atender, mas a agenda não deixa” (ACS).

Queixaram-se do grande número de famílias sob a responsabilidade de cada equipe: “é um generalista para atender em torno de 7.000 pessoas. Ele fica muito sufocado com consultas e não consegue olhar a população. Temos que estar com a porta aberta para atender à demanda e permitir que faça o papel de prevenção e promoção” (C).

São populações de um centro urbano com grandes desigualdades: “as famílias da minha área vivem em extrema miséria [...] tem idosos judiados, com falta de alimento, muitas doenças, muita carência [...] você encontra pessoas com 65, 70 anos na rua, pegando reciclável para comprar um litro de leite. [...] Tem gente abandonada pela família, que não tem cuidador” (ACS).

Como descrito pelos ACS, mesmo os idosos que têm família continuam sozinhos: “é um ambiente com adolescentes na casa, que têm a vida deles, a mãe trabalha fora, o outro familiar também, e o idoso acaba vivendo o mundinho dele, só ele, restrito [...] vai dar uma opinião e ninguém ouve, o adolescente é grosseiro, não respeita o avô” (ACS).

E o setor saúde acaba incumbindo-se de minimizar ou derivar as injustiças sociais: “a gente tem dificuldade de suprir o que precisam e algumas pessoas acham que o CS tem a obrigação de ajudar, de resolver. Vamos a casa para pegar uma informação e eles já querem a solução. Se não der é mais uma porta que se fecha”; “acontece da pessoa ligar, falar que precisa de visita e não precisar. É por causa da propaganda eleitoral enganosa que promete a visita de um jeito que não é” (ACS).

A carência de infra-estrutura e de equipamentos sociais nessas regiões impede a execução de ações: “falta entretenimento, não tem praça... Também não tem lugar para a gente promover reuniões, uma confraternização. Ai é que você acha os homens no bar conversando e as mulheres dentro de casa, muitas com depressão” (ACS).

Questionam-se as políticas públicas: “As pessoas assistem televisão e escutam os direitos, os programas do governo. Fala-se muito e faz-se pouca coisa. É claro que os idosos têm direito, mas na prática falta muito” (ACS).

Aparecem sentimentos de impotência profissional: “É igual o nosso trabalho: o paciente precisa de psiquiatra, de terapia e a unidade não tem; você fala para o paciente, tenta conseguir, você não sabe o que fazer e acaba estressado. Não é só um caso, são vários. Quantos colegas você vê em crise de choro e não tem como ajudar. Temos disponível a boa vontade, mas nem sempre depende da gente”(ACS).

Outros problemas citados referem-se à carência de transporte, dificuldade de acesso e falta de segurança: “muitas vezes não temos o passe para ir para a área e nem sempre dá para ir a pé”; “a área não é plana, é cheia de morro, muito buraco, muito ruim. Outro problema é o perigo, é uma área de invasão e onde correm muitas drogas” (ACS).

3.5 Integralidade

Observou-se que, mesmo não havendo uma programação específica de atenção ao idoso, a maior parte das equipes incorporou a preocupação com a promoção de um envelhecimento saudável (BRASIL, 1999; CAMPINAS, 2001; SILVA et al., 2004), como pode ser constatado na fala deste agente: “há diferença entre o velho e o idoso. O velho é aquele que se sente velho, que reclama e às vezes nem tem tanta idade. Mas a situação é a de que vemos mais idosos

sustentando casa do que filhos sustentando os pais. O idoso está sobrevivendo mais e para viver melhor está difícil. Estão fazendo mais ‘bicos’ para complementar a renda” (ACS).

Mesmo com dificuldades estruturais, procura-se direcionar a atenção à promoção da saúde: “os grupos visam trabalhar não só a doença, mas também a vivência desse paciente, para tentar modificar o estilo de vida, pois a gente percebe que não é o tratamento medicamentoso ou a consulta que resolve” (C).

Trabalha-se com a noção de que: “a responsabilidade no cuidado não é só do serviço. Muitos idosos quase ficam abandonados, às vezes sozinhos, não têm quem cuide da alimentação, do medicamento. O agente de saúde procura ficar próximo e tenta buscar apoio da família, vizinho ou organizações, mas é a família que tem a principal responsabilidade” (C).

Na atenção ao idoso, o apoio social e a intersetorialidade apresentam-se como ferramentas indispensáveis (BRASIL, 1999; BRASIL, 2000): “pretende-se buscar apoio com a Pastoral da Saúde, para permitir que o cuidador possa vir ao CS” (C).

É fundamental o papel do ACS como articulador destes apoios e, principalmente, de orientação em relação a direitos sociais (NUNES et al, 2000; SILVA et al., 2004), como ficou demonstrado em diversas falas: “muitas pessoas não têm consciência de que têm direito à visita domiciliar. Quando a gente descobre um acamado, marcamos a visita” (ACS).

Conclusão

A formulação do Programa de Saúde da Família, da Política Nacional do Idoso e, posteriormente, do Estatuto representam o reconhecimento do Estado das necessidades expressas pela sociedade. Apesar do descompasso e falta de diálogo entre essas políticas, a estratégia de Saúde da Família aliada à Atenção Básica, num sistema de saúde competente, pode responder às necessidades de atenção aos idosos.

Como demonstrado nesta pesquisa, em Campinas, a preocupação com os idosos e a oferta de atividades a essa população antecederam a formulação da Política dos Idosos e, através da estratégia da Saúde da Família, têm sido implementadas ações que visam lidar com os efeitos da desigualdade e do despreparo de nossas políticas para o envelhecimento populacional. Mesmo com recursos insuficientes, a ação criativa das equipes mostra-se possível, enquanto busca da integralidade do cuidado, ampliando o acesso e a resolutividade.

A rede básica não se limita ao idoso e não se restringe à ação médica e tem incorporado as famílias e os cuidadores, oferecendo atenção multiprofissional e a articulação de uma rede de suporte governamental e social.

A atuação dos agentes comunitários de saúde possibilita o acolhimento dos idosos, traduzindo suas necessidades e criando “laços” entre as equipes e as famílias, num território comum, sendo fundamentais na construção dos projetos terapêuticos multiprofissionais e articulação de apoios sociais. Não há ações específicas aos idosos, mas entende-se que, por sua vulnerabilidade, necessitem de cuidados “especiais”. O vínculo das famílias com os serviços de saúde tem aumentado e se fortalecido, ampliando-se a ação de promoção, dando significado à atenção, na perspectiva da integralidade.

É importante destacar que a atenção ambulatorial por meio de geriatras, indicada na Política de Saúde dos Idosos, não é suficiente para cuidar dessa população, inclusive pela escassez de especialistas, sendo imprescindível sua articulação com as equipes da atenção básica e médicos de formação geral.

Observou-se que a dimensão formal e objetiva do cuidado, articulada ao modo como vem sendo vivenciado pelos profissionais, tem permitido buscar melhores recursos técnicos e financeiros para a atenção aos idosos e para a real implementação da estratégia de Saúde da Família, sendo fundamental o papel do Agente de Saúde, que enfrenta cotidianamente o descompasso entre as necessidades e as políticas.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **A atenção ao idoso**. Brasília: Ministério da Saúde, Secr. de Políticas de Saúde, Depart. de Atenção Básica, 2000. (Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família, n. 3)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de saúde do idoso**. Portaria n. 1.395/GM, 10/12/1999. Brasil: 1999. Disponível em: <<http://www.funasa.br>>. Acesso em: 20 mai. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. Brasília: 2003. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/web/relatorios/destaques/2003057rf.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília: 2003b. Disponível em: <<http://www.psf.br>>. Acesso em: 23 jul. 2003.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 733-781, 2003.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. **Projeto Paidéia de Saúde da Família**, SUS - Campinas. Campinas: Secretaria Municipal de Saúde; 2001. Disponível em: <<http://www.campinas.sp.gov.br/saude/>>. Acessado em: 18 ago. 2005.

CAMPINAS. **Atribuições do agente comunitário de saúde.** Campinas: Centro de Educação do Trabalhador em Saúde/Secretaria Municipal de Saúde; 2002. Mimeografado.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. **Unidades de saúde.** Campinas: Secretaria Municipal de Saúde; 2003a. Disponível em: <www.campinas.sp.gov.br/saude>. Acesso em: 27 ago. 2003.

CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. **Manual de cuidados domiciliares na terceira idade: guia prático para cuidadores informais.** Campinas: Secretaria Municipal de Saúde, 2003b. 88p.

CESCHINI, M. Porque assistência domiciliar. In: DIAS, E. L. F.; WANDERLEY, J. S.; MENDES R.T. (Orgs). **Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar.** Campinas: UNICAMP, 2002. p.11-16.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores demográficos. **Censo 2000.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 22 dez. 2003.

KARSCH, U.M.S. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 861-866, 2003.

MARTÍNEZ, F.J.; BOSI, M.L. Introdução: Notas para um debate. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** Petrópolis: Vozes, 2004. p.23-71.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** Rio de Janeiro: HUCITEC, ABRASCO, 1993.

NUNES, M.O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n. 6, p.1639-1646 , 2002.

PASCHOAL, S.M.P. Autonomia e independência. In: PAPALÉO, M. Netto. **Gerontologia.** São Paulo: Atheneu, 1996. p.313-323.

SILVA, R.V.B. et al. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: HUCITEC/ ABRASCO, 2004. p.75-90.

SILVESTRE, J.Á.; NETO, M.M.C. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.19, v.3, p. 839-847, 2003.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa.** Petrópolis: Vozes, 2003. p.225-303.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde: resgatando a subjetividade. In: BOSI, M. L. M; MERCADO, F. J. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde.** Petrópolis: Vozes, 2004. p.75-98.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão de 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, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Textos sobre Home-Based and Long-Term Care**. Whashington D.C: WHO, 2005 Disponível em: <www.who.int/chronic_conditions/ltc/en/print.html>. Acesso em: 12 out. 2005.

Submissão: novembro de 2005

Aprovação: fevereiro de 2006

Quadro 1: Dados selecionados do Distrito de Saúde Noroeste Campinas 2000.

Variável	Distrito Noroeste	Campinas
Domicílios	39.788	290.568
Estimativa pessoas residentes - 2003	155.248	1.018.288
Número habitantes/domicílio	3,6	3,3
Pessoas morando em aglomerado subnormal (%)	15,2%	13,2%
Total de idosos – ambos os sexos	9.636	92.558
Pessoas com 60 anos e mais (%)	6,7	9,5

Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2000. Resultados do Universo. Rio de Janeiro, 2002.

Quadro 2: Dados selecionados segundo área de abrangência das UBS
Distrito de Saúde Noroeste Campinas 2000

Variável	Integração P	Aquino	Perseu	Ipaussurama	Valença	Floresta	Florence
Domicílios	9.026	5.115	3.142	4.120	7.930	3.335	7.120
Estimativa residentes (2004)	29.371	17.943	10.734	19.088	31.282	18.894	31.109
Pessoas com 60 anos e mais	12,0%	8,3%	8,1%	4,2%	4,7%	3,0%	4,4%

Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2000. Resultados do Universo. Rio de Janeiro, 2002.
Elaborado pela Coordenadoria de Informação em Saúde – DGDO/SMS- Campinas