

Idosos institucionalizados no Brasil: ações dos profissionais de saúde na atenção primária

Institutionalized elderly in Brazil: shares of primary health care professionals
Ancianos institucionalizados en Brasil: acciones de los profesionales de la salud en la atención primaria

Grasiela Piuvezam¹; Vilani Medeiros de Araújo Nunes²; Amanda Karolina Torres de Medeiros Alves³; Candice Alves Esmeraldo⁴; Mariela Samantha de Carvalho Costa⁵; Mônica Larissa Padilha Honório⁶; Isac Davidson Santiago Fernandes Pimenta⁷

Resumo

O objetivo foi investigar as ações realizadas em Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) pelos profissionais de saúde da atenção primária à saúde (APS) no Brasil. Estudo qualitativo em 11 municípios brasileiros. Utilizou-se entrevistas semiestruturadas com 82 profissionais de saúde. A análise foi realizada pelo *software* ALCESTE versão 4.9. Foram encontradas cinco classes nos discursos dos profissionais. A primeira, denominada *Necessidade de profissionais da APS em atender idosos institucionalizados* (54,61%) abordou o número reduzido de profissionais na APS e a necessidade de suprir a demanda. A classe 2 - *Necessidade de capacitação dos profissionais da APS para atendimento aos idosos institucionalizados* (18,43%) traz a necessidade de capacitar profissionais e o baixo investimento na APS. A classe 3 - *Ações dos profissionais na APS* (10,80%) mostrou que em todos os municípios há ausência de ações regulares nas ILPI. A Classe 4 - *Atendimento para grupos específicos na APS* (8,82%) evidenciou as insuficientes atividades desenvolvidas com idosos na APS. E a classe 5 - *Sentimento do profissional que trabalha na APS* (7,33%) mostrou que os profissionais gostam de trabalhar com idoso, mas, reconhecem necessidade de capacitação. Observou-se uma deficiência na APS quanto ao cuidado com idosos institucionalizados.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Idoso. Instituição de Longa Permanência para Idosos.

Abstract

The objective was to investigate the actions carried out in Nursing Homes (NH) by Primary Health

¹ Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva – Campus Central. Av. Senador Salgado Filho, 3000, Lagoa Nova, Campus Universitário, Natal, RN. CEP: 59078-970. Email: gpiuvezam@yahoo.com.br

² Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva – Campus Central. Av. Senador Salgado Filho, 3000, Lagoa Nova, Campus Universitário, Natal, RN. CEP: 59078-970. Email: vilani.nunes@gmail.com.

³ Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Av. Senador Salgado Filho, 3000, Lagoa Nova, Campus Universitário, Natal, RN. CEP: 59078-970. Email: amandaalves.med@gmail.com.

⁴ Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Av. Senador Salgado Filho, 3000, Lagoa Nova, Campus Universitário, Natal, RN. CEP: 59078-970. Email: candice_alves@hotmail.com.

⁵ Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Av. Senador Salgado Filho, 3000, Lagoa Nova, Campus Universitário, Natal, RN. CEP: 59078-970. Email: marielasamantha@gmail.com.

⁶ Graduanda em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Av. Senador Salgado Filho, 3000, Lagoa Nova, Campus Universitário, Natal, RN. CEP: 59078-970. Email: monicalarissa14@gmail.com

⁷ Graduando em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Av. Senador Salgado Filho, 3000, Lagoa Nova, Campus Universitário, Natal, RN. CEP: 59078-970. Email: isacdavidson29@gmail.com

Care (PHC) professionals in Brazil. A qualitative study was developed herein, in 11 municipalities. Semi-structured interviews were applied to 82 professionals. Analysis was carried out by software ALCESTE version 4.9. Five classes were identified. The first was Necessity of PHC professionals to assist institutionalized elderly (54.61%), which approached the reduced number of PHC professionals and the necessity to satisfy demands. Class 2 - Necessity of training PHC professionals for assistance to institutionalized elderly (18.43%) highlights the necessity of training professionals and reveals the low investments made in PHC. Class 3 - Actions of PHC professionals (10.80%) exposed the absence of regular actions in NH for all municipalities. Class 4 - Assistance to specific groups in PHC (8.82%) evidenced the insufficient number of activities developed for the elderly in PHC. Class 5 - Feelings of the PHC professional (7.33%) showed that the professionals enjoy working with the elderly, however, recognize the necessity of training. Deficiencies were observed in PHC regarding the care for institutionalized elderly.

Key-words: Primary Health Care. Elderly. Homes For The Aged.

Resumen

El objetivo fue investigar las acciones llevadas a cabo en los Hogares para Ancianos (HA) por profesionales de la salud en la atención primaria de salud (APS) en Brasil. Estudio cualitativo en 11 ciudades brasileñas. Se utilizó entrevistas semiestructuradas con 82 profesionales de la salud. El análisis se realizó con el *software* versión 4.9 ALCESTE. Cinco clases fueron encontradas en los discursos de los profesionales. Los primeros, los profesionales de APS nombradas tienen que cumplir con los ancianos institucionalizados (54,61%) se dirigió al número limitado de profesionales de APS y la necesidad de satisfacer la demanda. Clase 2 - Necesidad de formación de los profesionales de atención primaria de salud para el cuidado de los ancianos institucionalizados (18,43%) trae la necesidad de formar profesionales y la baja inversión en APS. Clase 3 - Acciones profesionales de la APS (10,80%) mostró que en todos los municipios hay una falta de acción regular en HA. Clase 4 - Asistencia a grupos específicos de la APS (8,82%) mostraron insuficientes actividades con personas de edad avanzada APS. Y la clase 5 – Sentimientos de los profesionales de APS (7,33%) mostró que los profesionales disfrutaban de trabajar con los ancianos, pero reconocen la necesidad de formación. Hubo una deficiencia en la APS sobre el cuidado de los ancianos institucionalizados.

Palabras-claves: Atención Primaria de Salud. Anciano. Hogares para Ancianos.

Introdução

A atenção primária à saúde (APS) tem-se apresentado como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades ¹.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF), propôs um novo eixo estruturante, para a reorientação do modelo de atenção à saúde, sobretudo a reorganização e a articulação da APS com os demais níveis de complexidade assistencial do sistema de saúde além de buscar uma nova forma de organização do trabalho, pautada no vínculo, na humanização, na atenção integral, no acolhimento e na parceria com outras instituições e setores ^{2,3,4}.

Na perspectiva de um novo modelo de atenção não se pode deixar de destacar a necessidade de ações específicas para a população idosa. Nesse sentido, a partir de 1994, o Brasil passou a dispor de uma política pública específica para o envelhecimento, a Política Nacional do Idoso (PNI)⁵, posteriormente substituída pela Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI)^{6,7}.

Em 2006, com a consolidação do Pacto da Saúde, especificamente, no Pacto pela Vida, foram pactuadas seis prioridades, das quais, três têm especial relevância com relação ao planejamento de saúde para a pessoa idosa. São elas: a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica⁸. Nesse contexto, a PNSI⁶ foi editada, originando em 2006 a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)⁹, a qual define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade^{7,8}.

Tal processo, além de incorporar o idoso como um grupo de atenção específica, materializa a importância de garantir aos idosos não só maior longevidade, mas também boa qualidade de vida, o que demandou mudanças na dinâmica dos serviços de saúde e a responsabilização da atenção primária em prestar assistência à saúde do idoso^{7,8}.

A necessidade da criação de tais políticas se deu devido ao acelerado processo de envelhecimento populacional. Estima-se que o número de idosos irá aumentar para 1.2 bilhões em 2025 e 2 bilhões em 2050². Acredita-se que a população idosa do Brasil vai mais que triplicar nas próximas quatro décadas, acompanhando a tendência mundial^{10,11}.

Nesse contexto, o envelhecimento populacional é considerado um dos maiores desafios da saúde, por esse processo de alteração demográfica acontecer de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da saúde que seja adequada para atender a nova demanda¹².

No Brasil, o aumento da população idosa tem sido acompanhado por transformações na estrutura familiar, aumentando a demanda por instituições de longa permanência para idosos (ILPI) como uma alternativa de suporte social à pessoa idosa¹³.

Em 2008, o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA)¹⁴⁻¹⁸, realizou um levantamento das ILPI no Brasil, e constatou a presença de 3548 instituições no território brasileiro e um percentual de 1,5% de idosos institucionalizados.

Nos Estados Unidos (EUA), cerca de 5% dos idosos residem em abrigos que oferecem serviços de saúde, lazer e assistência social. Na Inglaterra, a frequência de institucionalizações é minimizada por meio do atendimento em hospitais-dia, com assistência multidisciplinar à saúde, oferecida a essa população, principalmente na área da reabilitação, e elas prestam-se, em grande parte, para "aliviar" o trabalho extra dos familiares de idosos dependentes¹⁹.

No Brasil, as Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) que mantêm pessoal especializado para assistência social e à saúde ou que possuam uma proposta de trabalho voltada para manter o idoso independente e autônomo são raras²⁰.

Por isto, este estudo teve como objetivo investigar as ações realizadas em Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) pelos profissionais de saúde da atenção primária à saúde no Brasil.

Metodologia

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, sendo observacional e analítico, realizado no biênio 2008-2010. A pesquisa foi desenvolvida em 11 municípios de médio e grande porte, distribuídos nas cinco regiões geográficas do Brasil (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste) com o intuito de garantir representatividade para cada uma das regiões brasileiras.

A população do estudo foi composta pelos profissionais da APS das áreas próximas as ILPI. Assim, participaram da pesquisa médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, técnicos de enfermagem, auxiliar em saúde bucal, técnico em saúde bucal e agentes comunitários de saúde de cada um dos municípios.

Os municípios pesquisados foram sorteados, dois por região, atendendo a dois critérios de inclusão: 1) Municípios com 100 mil habitantes ou mais de acordo com a Lista de Projeção Populacional do IBGE²¹ para o ano de 2005; 2) Municípios com porcentagem de idosos na população maior ou igual à mediana encontrada em cada região geográfica.

Assim, os municípios selecionados foram: Ji Paraná (RO), Araguaína (TO), da região Norte, Crato (CE), Arapiraca (AL) na região Nordeste, Poços de Caldas (MG) e Magé (RJ) da Região Sudeste, Rio Verde (GO) e Rondonópolis (MT) da região Centro-Oeste e na região Sul os municípios de Maringá (PR) e Bagé (RS). Além dos municípios sorteados na região Nordeste, a pesquisa foi realizada no município do Natal (RN), em função da facilidade de acesso dos pesquisadores ao referido município.

Os profissionais de saúde que participaram da pesquisa atenderam aos seguintes critérios de inclusão: 1) Trabalhar na unidade de saúde há pelo menos um ano; 2) Pertencer a uma das cidades determinadas para a realização da pesquisa.

Um estudo piloto foi realizado previamente à coleta dos dados com o objetivo de identificar problemas, dificuldades, revisar e direcionar os aspectos da investigação, bem como ajustar os tópicos-guia.

Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas que seguiram tópicos-guia²² (roteiros)

previamente elaborados. Os tópicos-guia orientam e conduzem a entrevista, sem impedir o aprofundamento de questões relevantes para o tema²³. As entrevistas foram utilizadas como um recurso destinado a fornecer informações pertinentes ao objeto de pesquisa bem como para compreender as relações dos atores sociais e o contexto em que os profissionais estão inseridos.

Os tópicos-guia foram elaborados com o intuito de responder aos questionamentos inerentes aos objetivos da pesquisa. As questões norteadoras buscaram contextualizar as ações da atenção primária em saúde nos municípios, sobretudo aquelas direcionadas aos idosos institucionalizados. Assim, nas entrevistas solicitava-se que os sujeitos falassem livremente a partir das questões presentes no Quadro 1.

Quadro 1. Tópico-guia direcionado aos profissionais de saúde da Atenção Primária a Saúde nos municípios pesquisados.

Questões
1. Descreva, em linhas gerais, as atividades de trabalho que você desenvolve na Unidade de Saúde.
2. Você desenvolve junto a sua equipe de trabalho alguma atividade direcionada à saúde do idoso? Descreva esta atividade.
3. Existe alguma Instituição de Longa Permanência de Idosos (ILPI) na área da Unidade de Saúde?
4. A equipe desenvolve alguma atividade nesta instituição? Se não, porque? Em caso afirmativo, descreva esta atividade.
5. Caso não haja atividades com idosos institucionalizados como deveria ou poderia ser o cuidado com a saúde destes idosos?
6. Caso haja atividades o que poderia ser feito para melhorá-las?
7. No que se refere à assistência à saúde do idoso você se sente seguro para realizá-la? Se não, o que poderia ser feito para melhorar esta situação?

As entrevistas foram gravadas, com a autorização prévia dos entrevistados, e posteriormente foram transcritas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP-UFRN) sob o número SISNEP 0033.0.051.000-06. A análise do material discursivo coletado nas entrevistas foi realizada pelo *software* de análise quantitativa de dados textuais o *Analyse Lexicale par Contexte d'un Esemble de Segments de Texte* (Alceste)²⁴, versão 4.9 para *Windows*. O material transcrito constituiu um único arquivo, chamado *corpus* que em seguida foi preparado segundo critérios definidos pelo programa como forma de garantir uma lógica quantificável de análise. A preparação incluiu a definição das chamadas Unidades de

Contexto Inicial (UCI) ²⁵.

O *software* faz análise estatística textual através de uma análise léxica de um conjunto de textos. O Alceste executa a análise em quatro etapas. A primeira organiza o material reconhecendo as unidades de contexto iniciais (UCI) que são constituídas pelas próprias entrevistas, dividindo-se em segmentos de texto de tamanho similar denominados de Unidades de Contexto Elementar (UCE), agrupando as ocorrências das palavras em função das suas raízes e realizando o cálculo das suas respectivas frequências. Posteriormente classifica os enunciados simples ou as UCE, de forma a obter o maior valor possível numa prova de associação (Qui-quadrado). Na terceira etapa são descritas as classes encontradas que são compostas de vários segmentos de texto (UCE) com vocabulário semelhante. Na quarta etapa são fornecidas as UCE mais características de cada classe, permitindo que se tenha o contexto de ocorrência do vocabulário das mesmas ²⁶.

Assim, o Alceste agrupa raízes semânticas definindo-as por classes, levando em consideração a função da palavra dentro de um dado texto. Portanto, é possível quantificar, como inferir sobre a delimitação das classes, que são definidas em função da ocorrência e da co-ocorrência das palavras e da sua função textual ²⁷.

Ademais, o Alceste pôde proceder à classificação hierárquica descendente a partir das formas reduzidas originadas das palavras constantes no texto e do seu conteúdo semântico, estabelecendo uma associação entre os perfis discursivos e os grupos estudados, informando a distribuição do texto separando-o em classes lexicais (ou classes de segmentos de texto).

A análise e interpretação das classes lexicais, conforme preconiza Oliveira ²⁸, resultou em temas que foram submetidas a uma leitura teórica em função do interesse dos pesquisadores e das relações evidenciada. O processo de nomeação dos eixos e das classes ocorreu através de consultoria *ad hoc* com três consultores independentes.

Resultados

Participaram da pesquisa 82 profissionais da atenção primária à saúde pertencente a 17 Unidades Básicas de Saúde, distribuídos em sete municípios brasileiros. Sendo, 06 unidades de saúde em Natal, 01 em Arapiraca, 01 Crato, 01 Araguaína, 01 Rio Verde, 01 Rondonópolis e 06 em Maringá. Nos outros municípios pesquisados (Ji Paraná, Poços de Caldas, Magé e Bagé) não foram encontradas Unidades Básicas de Saúde abrangendo as áreas das ILPI.

A maioria dos sujeitos pesquisados era do sexo feminino (80%). Em relação às profissões foram encontrados 12 (14,63%) médicos, 15 (18,29%) enfermeiros, 8 (9,75%) cirurgiões-dentistas, 2 (2,42%) assistentes sociais, 1 (1,21%) fisioterapeuta, 1 (1,21%) terapeuta ocupacional, 16

(19,51%) técnicos de enfermagem, 13 (15,85%) Auxiliares em Saúde Bucal, 2 (2,43%) Técnicos em Saúde Bucal e 12 (14,63%) Agentes Comunitário de Saúde.

No tocante à análise mediada pelo programa ALCESTE, o mesmo identificou 82 Unidades de Contexto Inicial (UCI), número correspondente ao total de entrevistas submetidas à análise pelo programa estatístico. O *corpus* elaborado foi fracionado em 1233 Unidades de Contexto Elementares (UCE), representando o total dos dados obtidos. Posteriormente, após uma nova classificação, 82% do material textual foi aproveitado originando cinco classes semânticas, as quais foram distribuídas em dois eixos principais conforme a Figura 1.

O primeiro eixo denominado “*Características dos profissionais da atenção primária à saúde*”, foi constituído pela Classe 1 - *Necessidade de profissionais da APS para atender os idosos das ILPI*, que representou 54,61% das palavras analisadas, pela Classe 2 que abordou a *Necessidade de capacitação dos profissionais da APS para atendimento aos idosos institucionalizados*, com 18,43% dos discursos e pela Classe 5 que avaliou o *Sentimento do profissional da APS em seu trabalho*, com 7,33% do conteúdo das entrevistas.

O segundo eixo denominado “*Ações da atenção primária à saúde*” foi composto por duas classes, a Classe 3 cujo tema central foram as *Ações dos profissionais na atenção primária à saúde*, representando 10,80% das palavras analisadas e a Classe 4 que versou sobre o *Atendimento para grupos específicos na atenção primária à saúde*, representando 8,82% dos discursos.

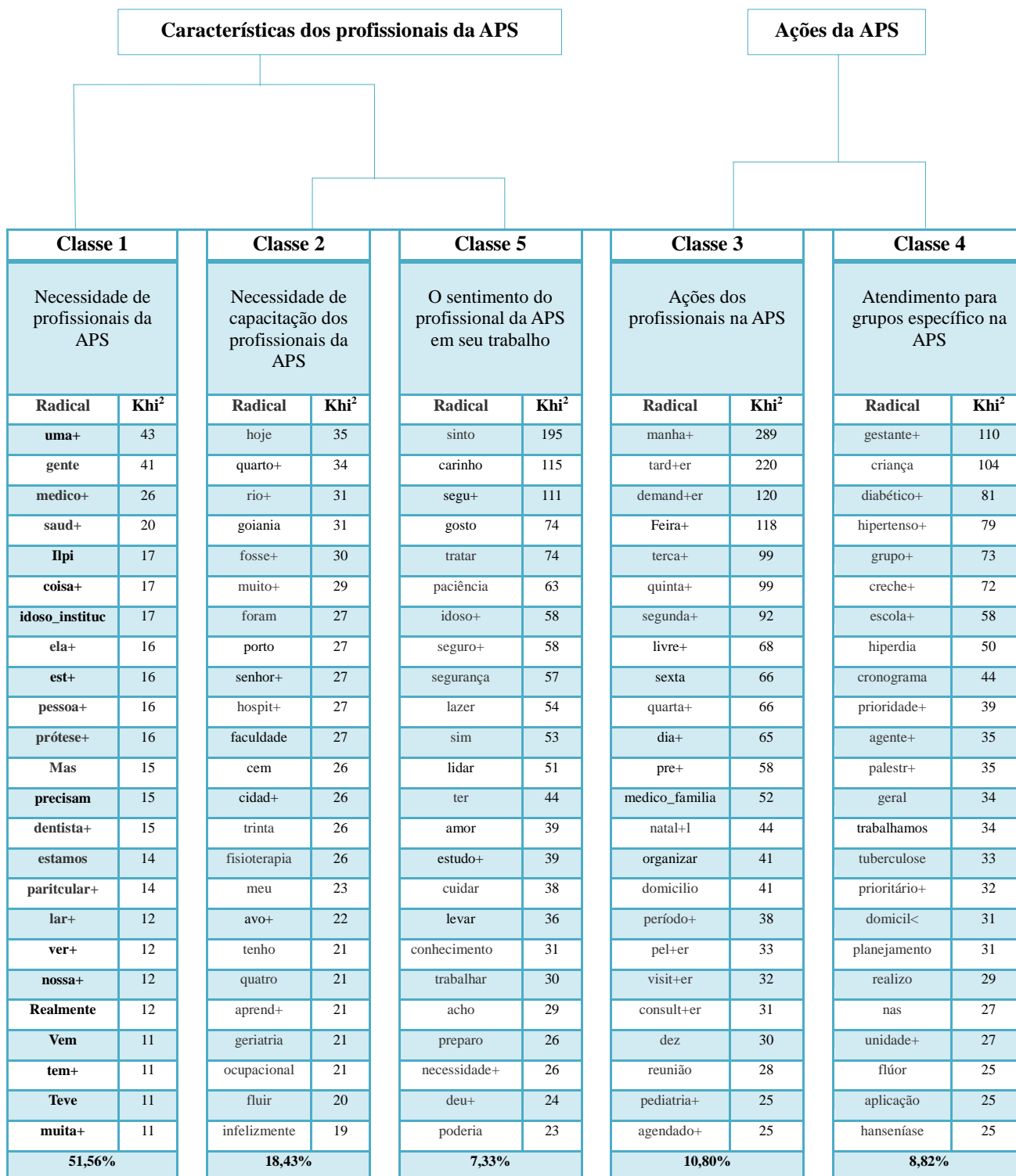
Discussão

Primeiro eixo: *Características dos profissionais da atenção primária à saúde*

Esse eixo trouxe as principais características dos profissionais da atenção primária à saúde através de três classes. A classe 1 “*Necessidade de profissionais da atenção primária à saúde*”, é a classe com maior destaque, uma vez que contemplou 54% dos discursos dos sujeitos entrevistados, mostrando que para eles, a maior dificuldade enfrentada na atenção primária à saúde é a falta de profissionais. Evidenciam-se quatro elementos que contextualizam os discursos: “médico” (Qui-quadrado= 26); “saúde” (Qui-quadrado= 20); “precisam” (Qui-quadrado=15), “ILPI” (Qui-quadrado= 17).

Observou-se que o profissional médico foi aquele que mais se destacou nos discursos, com o maior Qui-quadrado dentre os profissionais citados. Essa situação remete às constantes reclamações sobre a ausência desses profissionais na atenção primária e pode ser uma justificativa para os programas atuais adotados pelo governo federal brasileiro, como o programa “Mais Médicos”, que tem funcionado como uma tentativa para minimizar as deficiências atuais no sistema de saúde.

Figura 1. Dendograma com as representações dos eixos e das suas respectivas classes.



Ademais, constatou-se que existe uma necessidade de contratação de um maior número de profissionais²⁹ e de recursos para proporcionar uma melhor atenção à saúde da população, inclusive, no sentido de permitir o planejamento de estratégias específicas para a saúde do idoso, incluindo

medidas de prevenção e atendimento em saúde bucal. Tais constatações são mostradas, nos discursos abaixo:

“É claro que a gente não conseguiu fazer tudo na instituição dos idosos, não conseguimos fazer muito... Isso porque nossa demanda está sendo totalmente alta, nós achamos que nós não teríamos assim, uma demanda tão alta, então faltam profissionais para atender no asilo e ainda dar conta da comunidade” (E 71).

“A gente faz em torno de cento e trinta visitas domiciliares ao mês, sempre fica gente fora porque não há mesmo como fazer então você exclui um pouquinho, o que você não fez no mês anterior tenta encaixar no próximo mês. E às vezes você tem que dar prioridade para alguma família que está com outro tipo de problema como um idoso ou uma pessoa com uma doença mais grave, por isso acaba deixando as outras um pouco de lado, que é o caso do asilo, porque a gente não tem profissional suficiente para atender lá e no resto da comunidade” (E72).

Assim, em função do número de profissionais insuficiente, esses recebem um excesso de atribuições, somadas à alta demanda da população, de forma que tais profissionais priorizam o atendimento à comunidade, não havendo espaço para ações específicas para a população geriátrica, além de escasso atendimento às ILPI.

A atenção primária à saúde no Brasil, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi substancialmente ampliada na última década. Em 2010 havia cerca de 236.000 agentes comunitários de saúde e 33.000 equipes de saúde da família, atingindo cerca de 98 milhões de pessoas em 85% (4.737) dos municípios no Brasil ⁴. Dessa forma, a ESF abrange mais de 50% da população brasileira ^{30,31}. Entretanto, apesar da ampliação da rede básica ter contribuído para melhor acessibilidade geográfica à população, evidenciou-se desproporção entre oferta, capacidade de atendimento e demanda, o que acarreta estresse e cansaço aos trabalhadores integrantes da equipe por sobrecarga de trabalho ³².

Outro aspecto relevante é a frequente possibilidade da redução da quantidade de profissionais nas ESF devido à alta rotatividade dos mesmos. Mesmo que o número de contratos de mão de obra temporária tenha diminuído, a força de trabalho da atenção primária ainda tem alta rotatividade, principalmente por causa da diferença de salário, estruturas e contratos de trabalho em diferentes municípios do nosso país ⁴.

Ainda a respeito das dificuldades encontradas pelas equipes de saúde da família, sabe-se que faltam materiais e equipamentos para o desenvolvimento das atividades, um problema comum

vivenciado pelas equipes da ESF em geral, o que denota, também, uma falta de investimento na Atenção Básica³³.

Os profissionais ainda destacaram no discurso outra falha que foi identificada como a escassez de momentos para articulação e integração das ações, pois cada profissional desenvolve as suas atividades isoladamente. Observa-se a necessidade de um planejamento mais flexível, em equipe, para poder lidar com a imprevisibilidade da demanda e desenvolver ações essenciais a populações específicas. Para tanto, são necessárias à articulação e a integração das ações dos profissionais, através da construção de consensos quanto às formas e os meios de se atingirem os objetivos e os resultados esperados, propiciando que os trabalhadores alcancem os resultados visados³².

A classe 2 complementa os achados da primeira classe na medida em que traz a *“Necessidade de capacitação dos profissionais da APS para atendimento aos idosos institucionalizados”*, e foi a segunda mais importante, contemplando 17% dos discursos dos profissionais entrevistados. Nesta classe, os elementos que contextualizam os discursos são: *“faculdade”* (Qui-quadrado= 27); *“aprender”* (Qui-quadrado=21); *“geriatria”* (Qui-quadrado=21); *“fisioterapia”* (Qui-quadrado=26).

Observa-se no discurso dos sujeitos um destaque não apenas para o número, mas também para a falta de capacitação dos profissionais da APS, sobretudo para lidar com a população idosa, o que acarreta dificuldades para os mesmos, uma vez que grande parte da população se encontra nessa faixa etária. Este reconhecimento pode ser fator causal da precariedade de ações específicas para à saúde do idoso²⁹ e ações nas ILPI. Abaixo observam-se fragmentos das entrevistas que evidenciam tais constatações.

“Deve ser trabalhado a ideia com a secretaria municipal de saúde para ministrar treinamentos com os funcionários para o atendimento dos idosos nas ILPI. A gente sai da faculdade um pouco cru, eu saí da faculdade e com seis meses depois eu já estava aqui. Então, na verdade a gente vem aprendendo de acordo como as coisas que vão acontecendo” (E38).

“Acho primeiro que você deve ter qualificação para trabalhar com o idoso, você tem que ser qualificado, treinado. Todas as áreas têm que falar a mesma língua. Eu acho que aí funciona direito” (E40).

A educação permanente para os profissionais da APS é de fundamental importância, uma

vez que a maioria não teve oportunidades para o desenvolvimento de competências e de habilidades complexas e diversificadas exigidas pelo processo de trabalho. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de estratégias de educação permanente para os profissionais, permitindo reflexões de estratégias que os possibilitem ultrapassarem os limites que ainda os mantêm presos a saberes tradicionais, baseados na racionalidade biomédica³³.

O investimento na formação profissional especializada em APS pode ser uma estratégia de qualificação da atenção em todos os serviços. Dessa forma, para aprimorar ainda mais a atenção, é necessário investir na formação profissional, incluindo o reconhecimento dos especialistas na área de APS e a instituição de um programa de educação continuada que alcance todos os profissionais³¹. Outro ponto é a necessidade de valorização dos profissionais através de remuneração adequada, planos de carreira no sistema de saúde, incentivos, espaços de escuta pela gestão, níveis de autonomia no trabalho e cuidado ao cuidador³².

Denotou-se também que os profissionais reconhecem o inadequado investimento na vinculação da atenção primária com outros níveis de atenção, a oferta de especialistas em outros cuidados é ainda mais enfraquecida pela má integração dos profissionais de nível municipal e estadual, especialmente em prestação de exames de diagnóstico e outros serviços³³.

A Classe 5, “O sentimento do profissional da APS em seu trabalho”, contempla 10,8% dos discursos dos profissionais entrevistados. As palavras significativas foram: “sinto” (Qui-quadrado=195); “carinho” (Qui-quadrado=115); “gosto” (Qui-quadrado=74); “tratar” (Qui-quadrado=74); “amor” (Qui-quadrado=39); “cuidar” (Qui-quadrado=38); “paciência” (Qui-quadrado=63) e “idoso” (Qui-quadrado=58).

Nessa classe, o discurso dos sujeitos evidencia que apesar de não haver ações específicas para os idosos, os profissionais demonstram gostar de lidar com esta população, demonstram um afeto e sentimentos como o amor, o reconhecimento da necessidade de aprimorar o cuidado e receber formação para executar as ações de saúde. Os trechos dos discursos abaixo representam esse sentimento.

“Eu gosto de trabalhar com os idosos, me sinto bem trabalhando com eles” (E46).

“Muitos dos idosos a gente tenta ter toda aquela atenção especial, por conta de sua idade e tudo. Eu como atendente, sempre procuro ter mais um carinho com eles, porque um deles um dia disse, muito obrigada filha, por você me dar essa informação. Então é muito gratificante você dar uma atenção especial aos idosos, ao menos informações” (E29).

“Então tem aquela coisa da empatia também. Por isso que precisa ter muita paciência, resignação e amor. Porque apesar de tudo é apaixonante trabalhar com o idoso. Eu acho que estamos precisando de uma capacitação em relação à assistência” (E40).

Os profissionais da APS apesar de não exercerem atividades específicas com esse grupo etário apresentam uma empatia e uma atenção especial, considerando que os idosos necessitam de mais cuidados. Alguns referem saber abordar e cuidar dessa população, enquanto outros relatam a necessidade de capacitação para melhor trabalhar com os mesmos ³⁴.

Nessa classe observamos também que são citados os temas “segurança” (Qui-quadrado=67); “estudo” (Qui-quadrado=80); “lidar” (Qui-quadrado=100) e “conhecimento” (Qui-quadrado=67). Desse modo, observa-se que apesar dos profissionais se sentirem aptos em trabalhar com idosos, reconhecem a necessidade de treinamentos, o que corrobora com a Classe 2, conforme os discursos que se seguem.

[...] *“Você tem que ter capacidade de trabalhar com idosos, tem que ter o conhecimento, tem que saber como se dirigir a eles, como tratá-los, porque são pessoas altamente especiais” (E29).*

“Eu acho que deveria ter profissionais que suprissem as necessidades de idosos, adequada a realidade deles” [...] (E21).

Ademais, problemas como falta de tempo e sensação de impotência para lidar com a população idosa na atenção primária são desafios constantes enfrentados pelos profissionais, gerando prejuízos psicológicos que afetam o desempenho na atenção ao idoso ^{35,36}.

Segundo eixo: Ações da APS

Esse eixo trouxe à tona as Classes 3 e 4. A Classe 3 – “Ações dos profissionais na APS”, é uma das classes menos evidentes na fala dos entrevistados, com apenas 8,82% de representação. São identificadas na contextualização do discurso as palavras “demanda” (Qui-quadrado=120) e “livre” (Qui-quadrado= 68), mostrado abaixo.

“Nós fazemos o calendário e procuramos seguir, não é rígido. Mas procuramos atender toda a demanda. Organizamos essa demanda durante a semana, então na segunda eu atendo os hipertensos e diabéticos, na sexta o pré-natal” (E31).

Constatou-se através da minuciosa análise que em nenhum momento é citado o idoso na demanda do atendimento dos profissionais da atenção básica, o que pode favorecer para que ele não seja assistido de maneira integral.

“Na terça-feira de manhã continuamos com as consultas, mas a tarde fazemos as visitas domiciliares em que procuramos atender aos pacientes acamados e aqueles que tem limitações físicas que os impossibilitam de comparecer a unidade de atenção básica” (E27).

Em contrapartida, esse último profissional refere-se ao atendimento domiciliar aos pacientes acamados, os quais grande parte são idosos, mas não se refere a abranger o atendimento ao grupo daqueles que vivem em ILPI que está na área geográfica de atuação da unidade de saúde.

Essa classe mostra que os profissionais desenvolvem as suas atividades na APS, mas na totalidade dos municípios pesquisados há uma ausência de atenção direcionada as ILPI que estão inseridas nas áreas geográficas das unidades de saúde. Houve profissionais que citaram em seus discursos que algumas vezes os idosos têm que se deslocar até o serviço de saúde para poder receber atendimento adequado.

Outro fator relevante é o monitoramento da população idosa deficiente e os obstáculos para o estabelecimento de serviços de saúde com medidas políticas acessíveis e adequadas ao envelhecimento, evidenciado em revisão de literatura ²⁹.

No discurso, pode-se avaliar que a demanda livre para APS impede que os profissionais atuem em ILPI e até mesmo por acreditarem que há profissionais da própria instituição que atendem a essa demanda. Estudo revela que a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) se dá pela capacidade de transmitir informações sobre saúde aos pacientes e repassar informações sobre estratégias interpessoais conhecidas para promover a saúde do paciente ³⁷. Dessa forma, devido à sua capacidade de impulsionar a comunidade a melhorias na saúde e no estilo de vida, os ACS podem ser vistos como importantes provedores de saúde e agentes de mudança, sendo, portanto, fundamental sua atuação nas ILPI ³⁸.

Outro fator que reitera essa falta de cuidado específico à população idosa é que as ações dos profissionais da APS geralmente são pontuais e não voltadas para esse público ²⁹.

Finalmente, na Classe 4 - *Atendimento para grupos específicos na APS*, constatou-se na fala dos profissionais a presença de ações e atendimento a grupos específicos, como hipertensos, diabéticos, crianças, adolescentes e mulheres. Essa foi a classe menos evidente no discurso dos entrevistados, com apenas 7,33%. As palavras mais citadas foram “gestante” (Qui-quadrado=110);

“criança” (Qui-quadrado=104); “diabético” (Qui-quadrado=81); “hipertenso” (Qui-quadrado=79) e “grupo” (Qui-quadrado=73).

“Eu faço o controle dos hipertensos, diabéticos, hanseníase, tuberculose, câncer, HIV, DST, peso de criança de zero a dois anos e do planejamento familiar das gestantes” (E30).

“Faço as consultas pré-natal, criança de zero a seis anos, acompanhamento do hiperdia, planejamento de famílias, educação do grupo de gestantes, puérperas, faço visita a idosos acamados, supervisão dos agentes de saúde e técnicos de enfermagem” (E26).

De acordo com as entrevistas analisadas, nota-se que há poucas atividades na rotina dos profissionais direcionadas para os idosos na rede de atenção básica. Existem grupos de crianças, gestantes, hipertensos e diabéticos, mas os idosos, que geralmente necessitam de uma atenção especial devido às co-morbidades e o próprio processo de envelhecimento, não são incluídos em ações específicas da APS.

“A equipe de saúde da família a gente faz trabalho comunitário, pelo menos pela parte da enfermagem. Fazemos o hiperdia, programa de saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso. A gente monta atividades dentro da unidade e fora tem as visitas domiciliares. Fazemos atividades educativas, palestras, atividades com crianças, datas comemorativas e grupo dentro da unidade” (E34).

“A gente desenvolve várias atividades e sempre estamos trabalhando com idosos. Percebi que na unidade eles são mais unidos, participamos das reuniões, relação de trabalho com idoso. Fazemos um cronograma para trabalhar em parceria, os idosos vêm a unidade nos dias marcados e tentamos fazer palestras” (E35).

Finalmente, o discurso mostrou que na maioria das vezes não existem atividades direcionadas somente ao grupo de idosos, mas sim ao grupo Hiperdia (Hipertensos e Diabéticos) que incluem, indiretamente os idosos. Uma questão a ser discutida como reflexo dessa situação é o fato de que os cursos de graduação e de pós-graduação em saúde não possuem um currículo muito expressivo no que diz respeito a gerontologia e geriatria, o que pode além dos outros fatores trazidos ao longo do artigo, contribuir para a falta de ações para esse grupo ³⁹.

Considerações finais

O presente estudo demonstrou uma deficiência na atuação da atenção primária no cuidado à

população idosa institucionalizada, o que foi evidenciado no discurso dos profissionais de saúde entrevistados, ao relatarem a falta de incentivos e de capacitação para atender essa faixa etária. Somado a isso, um número insuficiente de profissionais para atender às demandas da população em geral e a escassez de ações e programas específicos para a saúde do idoso, resulta na atual realidade de relativo abandono desse grupo por parte da atenção primária, fator esse também verificado nas ILPI que deveriam ser assistidas por esse programa, o que não acontece na realidade.

Nesse sentido, é perceptível a necessidade da implantação de medidas específicas para o idoso na atenção primária, incluindo a contratação e capacitação de profissionais através de programas de educação continuada e maior investimento por parte do sistema de saúde público brasileiro em estratégias de atenção à saúde do idoso.

Agradecimentos

A presente pesquisa recebeu financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e do Ministério da Saúde através do Edital MCT-CNPq / MS – DAB/SAS – No 49/2005, no Projeto de Pesquisa No 402502/2005-1.

Referências

1. Macinko J, Lima-Costa MF. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Trop Med Int Health* 2012; 17(1):36-42.
2. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, Bonolo P, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). *Med Care* 2011; 49(6):577-584.
3. Shimizu HE, Reis L da S. As representações sociais dos trabalhadores sobre o Programa Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2011; 16(8):3461-3468.
4. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-1797.
5. Lei nº 8.842 de 04 de Janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1994; 04 jan.
6. Portaria nº 1.395, de 10 de Dezembro de 1999. Política de Saúde do Idoso. *Diário Oficial da União* 1999; 10 dez.
7. Aguiar MCA de, Filho JD de A, Oliveira ERA de, Schwartz TD, Silva MZ da, Lima R de CD. Envelhecimento e responsabilidade: uma reflexão sobre as políticas de saúde brasileiras para o idoso. *Rev Bras Pesqui em Saúde* 2011; 13(1):73-79.

8. Portaria nº 399, de 02 de Fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União 2006; 02 fev.
9. Portaria nº 2.528, de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União 2006; 19 out.
10. Andrade LM, Sena EL da S, Pinheiro GML, Meira EC, Lira LSSP. Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. *Cien Saude Colet* 2013; 18(12):3543-3552.
11. Antes DL, Ribeiro DF, Schneider IJC, Benedetti TRB, d’Orsi E. Socioeconomic profile of the elderly in Florianópolis: Comparative analysis studies Perfil do Idoso 2002 and EpiFloripa Idoso 2009. *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(1):189-202.
12. Mendes A da CG, Sá DA de, Miranda GMD, Lyra TM, Tavares RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cad Saude Publica* 2012; 28(5):955-964.
13. Nunes VM de A, Menezes RMP de, Alchieri JC. Avaliação da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. *Acta Sci Heal Sci* 2010; 32(2):119-126.
14. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA). Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos: Região Nordeste. Brasília: IPEA; 2008.
15. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA). Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos: Região Sudeste. Brasília: IPEA; 2008.
16. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA). Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos: Região Centro Oeste. Brasília: IPEA; 2008.
17. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA). Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos: Região Sul. Brasília: IPEA; 2008.
18. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA). Características das Instituições de Longa Permanência para Idosos: Região Norte. Brasília: IPEA; 2008.
19. Mendonça JA, Neto JFM. Qualidade de vida do idoso institucionalizado frente aos grupos de afecções crônicas. *Rev Ciências Médicas* 2012; 12(4): 299-306.
20. Silva YF e. Nursing in civil services and program turned to the aged. *Texto Context enferm* 1997; 6(2):127-136.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais. Rio de Janeiro: CDDI; 2004.

22. Bauer, Martin W; Gaskell, George; Guareschi, Pedrinho A. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2005.
23. Fraser MTD, Gondim SMG. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paid (Ribeirão Preto)* 2004; 14 (28): 139-152.
24. Reinert M. Alceste une methodologie d'analyse des donnees textuelles et une application: Aurelia De Gerard De Nerval. *Bull Méthodologie Sociol* 1990; 26(1):24-54.
25. Camargo VB. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais [Mimeografado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1998.
26. Kalampalikis NL. Apport de la method Alceste dans l'analyse des representations sociales. In: Abric JC. *Methodes d'etude des representations sociales*. Ramonville Saint- Agne: Eres; 2003. p. 147-163.
27. Miranda FAN. Contribuições do Alceste em pesquisa de representações sociais. In: Alves MSCF, Costa ICC, Júnior AM, organizadores. *Representações sociais na prática odontológica*. Natal: UFRN. No prelo 2004.
28. Oliveira DC de, de CSP, Fischer FM, Salas IM, Reis LT. Futuro e liberdade: o trabalho e a instituição escolar nas representações sociais de adolescentes. *Estud Psicol* 2001; 6(2):245-258.
29. Carvalho CJA de, Assunção RC de, Bocchi SCM. Percepção dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família quanto à assistência prestada aos idosos: revisão integrativa da literatura. *Physis Rev Saúde Coletiva* 2010; 20(4):1307-1324.
30. Macinko J, Lima-Costa MF. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Trop Med Int Health* 2012; 17(1):36-42.
31. Castro RCL de, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saude Publica* 2012; 28(9):1772-1784.
32. Souza ECF de, Vilar RLA de, Rocha N de SPD, Uchoa A da C, Rocha P de M. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saude Publica* 2008 ; 24 (Supl. 1): S100-S110.
33. Shimizu HE, Reis L da S. As representações sociais dos trabalhadores sobre o Programa Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2011; 16(8):3461-3468.
34. Kanno N de P, Bellodi PL, Tess BH. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. *Saúde e Soc* 2012;

35. Fonseca LM de S, Bittar CML. Dificuldades no atendimento ao idoso: percepções de profissionais de enfermagem de unidades de saúde da família. *Rev Bras Ciências do Envelhec Hum* 2015; 11(2): 178-192.
36. Costa NRCD, Aguiar MIF de, Rolim ILTP, Rabelo PPC, Oliveira DLA, Barbosa YC. Health policy for elderly people: perception of professionals about its implementation in primary care. *Rev Pesqui em Saúde* 2016; 16(2): 95-101.
37. Pinto RM, da Silva SB, Soriano R. Community health workers in Brazil's Unified Health System: a framework of their praxis and contributions to patient health behaviors. *Soc Sci Med* 2012; 74(6):940-947.
38. Bhatia M, Rifkin SB. Primary health care, now and forever? A case study of a paradigm change. *Int J Health Serv* 2013; 43(3):459-471.
39. Motta LB da, Aguiar AC de. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Cien Saude Colet* 2007; 12(2):363-372.