

JOEL HIRTZ DO NASCIMENTO NAVARRO

**COMPARAÇÃO DA ATENÇÃO A IDOSOS LONGEVOS EM UNIDADES BÁSICAS
DE SAÚDE COM E SEM ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia Biomédica.

Orientador: Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós

Porto Alegre

2016

RESUMO

Comparação da Atenção a Idosos Longevos em Unidades Básicas de Saúde com e sem Estratégia de Saúde da Família

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se preferencialmente como o primeiro nível de contato de um indivíduo com o Sistema Único de Saúde e, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o meio pelo qual busca-se a sua reorganização no Brasil. O Ministério da Saúde considera relevante a avaliação da APS através da presença e extensão dos atributos essenciais e derivados propostos pelo Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil). Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo comparar a atenção à saúde de longevos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) com e sem ESF. Caracterizou-se por ser observacional, transversal e com abordagem quantitativa. Foram entrevistados 50 pessoas idosas com 80 anos ou mais, usuárias de UBS com e sem ESF do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Quando comparados os modelos de UBS apenas os serviços sem Saúde da Família demonstraram alto grau de orientação à APS para o Escore dos Atributos Essenciais e para o Escore Geral do PCATool-Brasil. Verificou-se que apesar de a ESF ser o meio pelo qual a APS reorganiza-se no País, esse modelo ainda não possui a efetividade planejada para a atenção à saúde das pessoas idosas. Entende-se que os achados deste estudo contribuem para que novas estratégias no processo de trabalho da APS sejam pensadas de forma que acolham com mais universalidade as pessoas idosas e suas diferentes capacidades, incluindo aquelas mais longevas.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde, Geriatria, Saúde Pública, Idoso de 80 anos ou mais, Idoso.

ABSTRACT

Comparison of the oldest old care in Primary Care Units with and without the Family Health Strategy

The Primary Health Care (PHC) constitutes preferably as the first level of contact of an individual with the Unified Health System and the Family Health Strategy (FHS) is the means by which the reorganization is sought in Brazil. The Ministry of Health considers relevant to assessing the PHC through the presence and extent of the essential attributes and derivatives proposed by the Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brazil). In this sense, the present study aimed to compare the health care of the oldest in Basic Health Units (BHU) with and without ESF. It characterized by being observational, cross-sectional and quantitative approach. Fifty elderly were interviewed, aged 80 or more, users of BHU with and without FHS in the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul. When comparing the BHU models only services without Family Health demonstrated a high degree of orientation to the PHC for the Essential Attributes Score and the General Score of PCATool-Brazil. It was found that although the FHS be the means by which the PHC reorganizes in the country, this model does not have the intended effectiveness for the health care of the elderly. It is understood that the findings of this study contribute to new strategies in the PHC work process is designed so that receive more universality the older people and their different capacities, including those longer-lived.

Keywords: Primary Health Care, Geriatrics, Public Health, Aged 80 and over, Aged.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	14
2.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	16
2.3 AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	17
3 OBJETIVOS	21
3.1 OBJETIVO GERAL	21
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
4 HIPÓTESES DO ESTUDO	22
4.1 HIPÓTESE NULA	22
4.2 HIPÓTESE ALTERNATIVA	22
5 JUSTIFICATIVA	23
6 MÉTODOS	24
6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	24
6.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	24
6.3 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	25
6.3.1 INCLUSÃO	25
6.3.2 EXCLUSÃO	25
6.4 CÁLCULO AMOSTRAL	25
6.5 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	26
6.6 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS	26
6.6.1 DADOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS E CLÍNICOS	26
6.6.2 GRAU DE ORIENTAÇÃO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	26
6.6.3 DIFICULDADES DE DESLOCAMENTO ÀS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	28
6.7 COLETA DE DADOS	29
6.8 ANÁLISE DE DADOS	29
7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	30
8 METAS DO ESTUDO	31
9 RESULTADOS	32
10 DISCUSSÃO	43

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
12 REFERÊNCIAS	58
13 CRONOGRAMA	68
14 ORÇAMENTO	69
APÊNDICES E ANEXOS	70

1 INTRODUÇÃO

A proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) foi produto de intensos movimentos sociais pela Reforma Sanitária brasileira, acarretando em 1988 na criação de um capítulo da Constituição Federal que marcou o início de um sistema descentralizado, com atendimento integral e que garante o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988). Ainda neste documento a Saúde foi definida como direito universal e dever do Estado.

Verifica-se nas pirâmides etárias do Brasil nos anos de 1991, 2000 e 2010 que a representatividade de todas as faixas para até 25 anos diminuiu, ao passo que ocorre um crescimento da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010 (IBGE, 2011). A observação das pirâmides sugere que o Brasil continuará nesse processo de envelhecimento populacional. Ademais, as projeções indicam que no ano de 2020 aproximadamente 14% da população brasileira será composta por indivíduos de 60 anos ou mais, passando para 18% em 2030, 23% em 2040 e 29% em 2050 (IBGE, 2014).

O Envelhecimento Populacional é definido como a mudança na estrutura etária de uma população onde ocorre o aumento do peso relativo de pessoas acima de uma determinada idade considerada como definidora do início da velhice. A diminuição da taxa de fecundidade, a diminuição da mortalidade, a melhoria do acesso da população aos serviços de saúde, os avanços tecnológicos da área da saúde, o aumento do nível de escolaridade da população e os investimentos em saneamento básico contribuem para esse fenômeno (BRASIL, 2010; RODRÍGUEZ-WONG; CARVALHO, 2008).

Define-se como Envelhecimento um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente podendo ocasionar maior vulnerabilidade e incidência de processos patológicos (FREITAS, 2011). À medida que a pessoa envelhece maiores são as chances de contrair uma doença crônica, tais como hipertensão arterial, doença na coluna, artrite ou reumatismo, afecções do coração, diabetes, dentre outras (IBGE, 2010).

De acordo com a Síntese de Indicadores Sociais publicada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, somente 22,6% das pessoas de 60 anos ou mais de idade declararam não possuir doenças, enquanto que para

aqueles com 75 anos ou mais de idade essa proporção cai para 19,7% (IBGE, 2010). Ainda nessa mesma publicação, quase metade dos idosos sofria de mais de uma doença crônica, e no subgrupo de 75 anos ou mais de idade a proporção atingia mais da metade, sendo a hipertensão arterial a mais prevalente.

Os idosos longevos são aqueles com idade igual ou superior a 80 anos e apresentam características peculiares ao processo de envelhecimento que os diferenciam dos demais segmentos populacionais (SOLDERA; OLIVEIRA; BÓS, 2015). Esse grupo também vêm aumentando de forma proporcional e acelerada, constituindo o segmento que mais cresce nos últimos tempos (SOLDERA; OLIVEIRA; BÓS, 2015). Um estudo que observou os diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de longevos identificou que mesmo em localidades distintas, os idosos de 80 a 84 anos, 85 a 89 e 90 ou mais apresentavam em média 6 a 8 comorbidades (ROSSET et al., 2011).

O declínio da capacidade funcional em longevos também é enfatizado na literatura, idosos na faixa de 85 a 90 anos e com 90 anos ou mais apresentam maior dependência grave quando comparados aos idosos da faixa de 80 a 84 anos (AIRES; PASKULIN; MORAIS, 2010). A chance de um indivíduo com mais de 85 anos apresentar dependência funcional é três vezes maior do que a de um com menos de 85 anos, fato este que corrobora com a hipótese que por possuírem mais limitações físicas, a população longeva tenha mais dificuldades de deslocamento e acessibilidade aos serviços de saúde (NOGUEIRA et al., 2010).

A presença de doenças crônicas e a diminuição da capacidade funcional, que exigem cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos, tem como resultado a maior procura e uso dos idosos por serviços de saúde (VERAS, 2009). A garantia de acesso a serviços de qualidade apresenta-se como um novo desafio para o planejamento da atenção à saúde do idoso, tornando importante o conhecimento dos fatores que determinam o uso desses serviços na comunidade (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011).

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui-se como o primeiro nível de contato de um indivíduo com o SUS e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (GOMES et al., 2011). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o meio pelo qual busca-se a reorganização da APS, através de um novo paradigma na atenção à saúde, na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial

mecanicista e biomédico em um modelo de saúde coletivo, multiprofissional e centrado na família e na comunidade (GOMES et al., 2011).

O modelo de APS adotado pelo Brasil considera como seus atributos específicos a prestação de serviços de primeiro contato, a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente, garantia de cuidado integral, a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades de saúde, a orientação para a comunidade, a centralidade na família e a competência cultural (OPAS, 2011).

O Estatuto do Idoso assegura a atenção integral à saúde da pessoa idosa por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos e o cadastramento dessa população em base territorial, potencializando o compromisso da APS na atenção ao longo tempo (BRASIL, 2003).

É importante ressaltar que existem diferenças no envelhecimento populacional entre um país desenvolvido e um país em desenvolvimento, enquanto no primeiro o envelhecimento ocorre gradualmente e com melhorias nas condições de vida, no segundo, ocorre de forma rápida sem que haja tempo de uma reorganização dos sistemas de saúde adequada para responder às novas demandas (CAMARANO, 2002). Portanto, é necessário qualificar a atenção à saúde das pessoas idosas, contribuindo para que não só tenhamos mais expectativa de vida em nosso País, como também mais qualidade nos anos vividos (MAUÉS et al., 2010).

A avaliação dos distintos modelos de APS a partir de seus atributos mostra-se como um elemento fundamental para o planejamento do SUS e à atenção à saúde do idoso longo tempo, pois a adequada utilização desses serviços é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados, do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde e dos recursos preventivos, diagnósticos e terapêuticos disponibilizados (TOMASI et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2013).

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo revelou que o perfil socioeconômico e de saúde dos longevos entrevistados caracterizou-se pelo baixo nível de renda e escolaridade e pela presença de algumas doenças que podem gerar incapacidades quando não controladas adequadamente, tais como cardiopatias, hipertensão arterial, diabetes mellitus, problemas nos olhos e depressão. Frente aos respectivos achados, pensa-se que muitos longevos poderiam ter mais qualidade de vida acrescentada aos anos vividos através da diminuição da desigualdade social e dos obstáculos de acesso aos serviços de saúde. Sabe-se que pessoas que possuem baixa renda e baixo nível de escolaridade tem mais dificuldades para o acompanhamento de suas doenças e na busca de recursos que poderiam evitar maiores complicações decorrentes dos seus problemas de saúde. Ações focadas na prevenção de doenças, de incapacidades e no levantamento dos indicadores de saúde específicos da população longeva em nível territorial tornam-se necessárias por parte dos profissionais da AB, dessa forma, a exclusão em suas residências decorrente de problemas físicos poderia ser evitada. Foi observado também que próximo de uma UBS estudada havia um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e, após uma conversa com duas profissionais presentes no local, estas relataram que não conheciam os longevos residentes naquela região e ficaram surpresas pela possibilidade da presença dessas pessoas naquela comunidade, visto que, já trabalhavam no território há alguns anos. Sugere-se que as equipes das UBS com e sem ESF articulem ações voltadas ao público longevo com apoio das estruturas sociais próximas às unidades, tais como os CRAS, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), escolas, centros comunitários, instituições religiosas, associações de moradores, dentre outras.

Em relação ao grau de orientação à APS nas UBS com e sem ESF pode-se identificar que os únicos atributos que apresentaram escore favorável para a atenção aos longevos foram Afiliação, Acesso de Primeiro Contato e seu componente Utilização, Longitudinalidade, Coordenação do Cuidado e seus dois componentes. Atributos importantes para a democratização e universalização dos cuidados em saúde como a Integralidade, a Orientação Familiar e a Orientação Comunitária obtiveram médias muito baixas em ambos os tipos de serviços. Verificou-se que apesar de a ESF ser o meio pelo qual a AB reorganiza-se no País,

a mesma ainda não possui a efetividade planejada na década de noventa, com a criação do “Programa de Saúde da Família”. Entende-se que a construção do SUS não é um processo que se efetiva da noite para o dia, porém, quase 30 anos depois da estruturação do mesmo, esperava-se que o direito à saúde garantido através de lutas históricas, não fosse tão marginalizado.

A população longeva é um dos segmentos populacionais mais acometido com alterações físicas, emocionais e sociais, portanto, não poderia encontrar tantas barreiras para o cuidado de sua saúde conforme demonstrado nesta pesquisa. Entende-se que fatores da estrutura, do processo de trabalho e dos recursos disponibilizados para o funcionamento das UBS podem atrapalhar a presença dos atributos essenciais e derivados da APS para a atenção ao longo na cidade de Porto Alegre. Sugere-se que a educação continuada seja uma das ferramentas para concretizar os atributos da APS no processo de trabalho das UBS estudadas. Nesse sentido, os temas abordados dentro de cada componente dos atributos do PCATool poderiam ser trabalhados em capacitações presenciais ou à distância pelas equipes de saúde da rede municipal de APS de Porto Alegre, de forma que o acolhimento específico às demandas das pessoas longevas fosse realizado de forma mais integral e eficiente.

Observou-se que os longevos usuários de ambos os modelos de APS apresentaram dificuldades em relação à marcação de consultas por telefone. Sugere-se que os gerentes das UBS utilizem esse achado para discutir nas reuniões de equipe de que forma esse problema pode ser menos vivenciado por parte da população. O treinamento dos profissionais das unidades de saúde para o esclarecimento de dúvidas e para revisões das normas deste recurso (Lei Nº 10.819 de 13 de janeiro de 2010) pode ser uma alternativa. A colocação de mais cartazes explicativos quanto aos dias e horários de marcação de consultas por telefone pode ser realizada nas estruturas das UBS, garantindo informações claras e, levando em consideração a adaptação cultural necessária para a compreensão das comunidades assistidas.

Por fim, muitos longevos referiram dificuldades para se deslocar às UBS, fato este que pode prejudicar a procura pelos serviços de saúde e o conhecimento sobre os recursos disponíveis nesses estabelecimentos. Aconselha-se que as equipes de saúde estejam atentas ao mapeamento dessas pessoas nas diferentes comunidades do município, para que assim, a diminuição da funcionalidade dos

longevos não seja uma barreira para que obtenham os cuidados de sua saúde. Nesse sentido, a figura dos ACS torna-se de extrema importância para interlocução entre as unidades de saúde e seus usuários, sendo notório o prejuízo da ausência desses profissionais nas UBS sem ESF. Também é de responsabilidade da Prefeitura Municipal de Porto Alegre dispor de mais recursos humanos nos serviços de APS de forma que a população possa contar com equipes de saúde mais completas e capazes de acolher toda a demanda de seus territórios de ação.

A necessidade de um SUS mais acolhedor e articulado com os demais setores da sociedade é evidente. A elaboração e efetivação de ações no âmbito da promoção, proteção e recuperação da saúde direcionadas à comunidade longeva é de extrema importância por parte da APS como porta de entrada preferencial do sistema de saúde nacional. Espera-se que com este trabalho, os gestores em saúde obtenham subsídios para a melhoria dos cuidados voltados aos longevos. Ressalta-se que pesquisadores, estudantes, profissionais da saúde e usuários também são atores sociais responsáveis por mudanças que garantam um sistema de saúde mais universal, integral, equitativo e, com participação popular.

A partir de novos rastreamentos da presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS em UBS com e sem ESF, ações de planejamento para a atenção integral a indivíduos longevos podem aproximar essa população aos princípios e diretrizes de um SUS que garanta o acesso universal e igualitário para a promoção, proteção e recuperação da saúde.