

## Implementação da Saúde do Idoso na Estratégia Saúde da Família: visão dos profissionais e gestores

### The Implementation of Senior Health Care in the Family Health Strategy: The View of Professionals and Managers

Maria José Caetano Ferreira Damaceno (<https://orcid.org/0000-0001-7879-091X>)<sup>1</sup>  
Mara Quaglio Chirelli (<https://orcid.org/0000-0002-7417-4439>)<sup>2</sup>

**Abstract** *Changes in the demographic profile over recent decades, especially population aging, have implications for Brazilian public policies. This study aims to analyze how family health strategy teams implement and carry out care for the elderly in a Brazilian municipality. The qualitative field research was conducted by collecting data through semistructured interviews using Minayo as a point of reference and employing thematic content analysis. One observation was that the National Health Policy for Elderly People – PNSPI) has been facing challenges in its implementation at the municipal level in terms of the lack of specific actions by the PNSPI, limited actions or lack of accessibility, lack of training for health professionals, hiring and management of workers, intersectoral actions, and management. It was concluded that a better outlook for the implementation of the PNSPI in the context of the aging population will require strengthening actions through the precepts of comanagement, an expanded clinic, and health education to increase individuals' independence.*

**Key words** *Health care for the elderly, Health management, Family health*

**Resumo** *As mudanças no perfil demográfico nas últimas décadas, tendo como destaque o envelhecimento da população, emergem implicações às políticas públicas brasileiras. O objetivo desta pesquisa foi analisar a implementação e o processo de trabalho nos cuidados ao idoso pelas equipes da Estratégia Saúde da Família em município brasileiro. Foi conduzida pesquisa de campo, qualitativa, com coleta dos dados por entrevista semiestruturada, a partir do referencial de Minayo, no qual utilizou-se a Análise de Conteúdo, modalidade temática. Observa-se que a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) em nível municipal vem enfrentando dificuldades no processo de operacionalização das ações, relacionadas à: inexistência de ações específicas do PNSPI; ações restritas/acessibilidade; despreparo na formação profissional; contratação/gestão dos trabalhadores; ações intersectoriais; e gestão. Concluiu-se que para um contexto mais promissor diante do envelhecimento populacional será primordial neste processo de implementação da PNSPI fortalecer as ações a partir dos preceitos da cogestão, da clínica ampliada e da educação em saúde para emancipação da pessoa.*

**Palavras-chave** *Saúde do idoso, Gestão em saúde, Saúde da família*

<sup>1</sup> Fundação Educacional do Município de Assis, Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis. Av. Getúlio Vargas 1200, Vila Nova Santana. 19807-634 Assis SP Brasil. [marin.mjcf@hotmail.com](mailto:marin.mjcf@hotmail.com)

<sup>2</sup> Programa de Pós-Graduação Saúde e Envelhecimento, Faculdade de Medicina de Marília, Marília SP Brasil.

## Introdução

O crescimento da população idosa brasileira tem trazido desafios à sociedade, em termos econômicos, previdenciários, de infraestrutura urbana e de serviços. Neste mesmo contexto ressaltamos o setor da saúde, que confronta-se com o país organizado para atender demandas de população jovem, mas que ao mesmo tempo depara-se com a necessidade de readequar a estrutura e organização devido ao aumento de doenças crônicas não transmissíveis que incidem com o envelhecimento<sup>1,2</sup>. Cenário este existente em outros países, como o Canadá, redundando nas mais diversas preocupações, ante os agravos que o envelhecimento pode ocasionar, em decorrência da ausência de sustentabilidade dos sistemas de saúde<sup>3</sup>.

Recentes dados da tabua de mortalidade brasileira (2016) apontam uma expectativa de vida de 75,8 anos<sup>4</sup>. Em 2010, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) já indicava rápido processo, notado desde meados de 1960, originado deste aumento da longevidade dos brasileiros, sendo constatado em 2010, aumento de 25 anos, chegando a 73,4 anos; além da redução da taxa de fecundidade<sup>5</sup>.

Contemporaneamente, em município do centro-oeste do Estado de São Paulo, a população maior de 60 anos representa 16%, significando dois pontos percentuais acima da população idosa do Estado de São Paulo, que conta com 14%. Ao analisar o comportamento demográfico do Estado de São Paulo, destacam-se pontos de inflexão decisivos como: em meados de 2020 teremos maior porcentagem de indivíduos na faixa etária acima de 60 anos do que crianças e adolescentes menores de 15 anos. Este número triplicará em 2050 se comparado ao ano de 2010<sup>6</sup>. A população de idosos brasileiros no ano de 2012 era composta por contingente acima de 22 milhões de indivíduos, superando, segundo estimativas das Nações Unidas, a população de idosos de vários países europeus<sup>2</sup>.

Por conseguinte, considerando que o envelhecimento não se trata de processo homogêneo<sup>7</sup>, ultimamos que estes dados revelam não só conquista, mas demonstram a repercussão que estas alterações demográficas implicam nas diversas políticas públicas, demandando investimentos na promoção da autonomia para constituição de vida saudável deste grupo social e resolubilidade de necessidades<sup>2</sup>. Neste contexto, o Ministério da Saúde (MS) aprovou em 2006, por meio da portaria nº2.528/2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)<sup>8</sup>.

O envelhecimento ativo associado à provável predominância de doenças crônicas não infecciosas exige, sobretudo, modificações na organização do trabalho, a partir do desenvolvimento genérico e especializado das tecnologias de gestão em saúde<sup>9</sup>, igualmente, se faz necessário, modelo de atenção à saúde pautado na clínica ampliada<sup>10</sup>.

Destaca-se a cogestão que entrevê a necessidade da operacionalização de um cuidado por meio da integração entre os profissionais, gestores e usuários, na perspectiva de constituir o projeto terapêutico a partir das necessidades dos usuários, tornando-os ativos e participativos, como também, operando nas mudanças das relações e no contexto de trabalho da equipe<sup>11</sup>.

Vislumbra-se em nosso país a reorganização do sistema de saúde por meio da implantação de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esta rede coordenada pela Atenção Básica (AB) tem a possibilidade de desempenhar impactos significativos no contexto sob análise<sup>12</sup>. Todavia, Cecília Arruda et al.<sup>13</sup> nos alertam que o sistema de saúde é marcado por modelos engessados e burocráticos capazes de impedir o movimento dinâmico e integrado do cuidado em saúde, preconizado pela RAS.

Destaca-se, também, em países como a Inglaterra a preocupação frente à fragmentação do cuidado constituído junto aos idosos. Do mesmo modo, no Brasil tem-se identificado dificuldades semelhantes<sup>14</sup>. Aponta-se que para que a RAS seja implementada e apresente eficácia, faz-se necessário mudanças na gestão, na cultura e na formação dos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que são as práticas dinâmicas dos atores sociais que tornarão efetivas as inovações no cuidar<sup>15</sup>.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é visualizada como meio para a reorganização das práticas em saúde, podendo abordar e estimular o envelhecimento ativo. Este poderá ser constituído por meio da integralidade do cuidado ao idoso, considerando a sua inserção em contexto social e suas capacidades para desenvolver as potencialidades<sup>16</sup>.

Diante desse cenário, questionamos como as ações dos profissionais da ESF e dos gestores da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) se constituem na construção da realidade da saúde do idoso, buscando compreender o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, dos valores, das crenças e das atitudes que partem de determinada realidade social<sup>17</sup>. Semelhantemente, verificou-se estudos no Reino Unido com a finalidade de compreender acerca do cuidado aos

idosos e de seus cuidadores frente as dificuldades, visando a coparticipação na elaboração do plano do cuidado<sup>18,19</sup>.

Pressupondo que há possíveis dificuldades na implementação da atual política, na instância local, quanto a forma de organizar o cuidado nos serviços de saúde; considerando que a PNSPI é recente e que ainda não houve organização municipal direcionada para essa, propõe-se analisar o processo de implementação das ações da Saúde aos Idosos pelas equipes das Unidades de Saúde da ESF em município do centro-oeste do Estado de São Paulo.

## Métodos

Realizou-se pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, segundo Minayo<sup>17</sup> utilizou-se Análise de Conteúdo, modalidade temática. Este artigo faz parte de dissertação de mestrado intitulada “Análise das Ações de Saúde do Idoso no Âmbito da Estratégia Saúde da Família em Município do Interior do Estado de São Paulo”<sup>20</sup>. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de ensino vinculada ao mestrado “Saúde e Envelhecimento”, respeitando a Resolução 466/2013.

O cenário para coleta de dados foram cinco unidades de serviço da ESF (UESF) de município do interior do Estado de São Paulo, num universo de 31 unidades<sup>21</sup>. Os sujeitos incluídos foram cinco gestores da Atenção Básica (01 coordenador da atenção à saúde do idoso, três coordenadores da ESF e o Secretário Municipal da Saúde) e os profissionais locais das categorias que compõem a equipe das UESF, de forma que representassem essa composição: enfermeira, dentista, médico, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, auxiliar de consultório dentário, técnico em higiene dental e auxiliar de escrita. Para a seleção das unidades realizou-se sorteio aleatório abrangendo uma de cada região do município (norte, sul, leste, oeste e área rural).

Coletou-se os dados através de entrevista semi-estruturada, entre outubro de 2012 e janeiro de 2013, com duração entre 10 a 40 minutos. Foi solicitada autorização da gravação da fala dos participantes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Resolução CNS 466/2013. Para a inclusão dos participantes aplicou-se o critério de saturação das falas, que favorece encerrar a amostra ao perceber redundâncias, repetições nas falas dos entrevistados disparadores<sup>17</sup>, fechando-a com 26 participantes.

Utilizou-se a análise de conteúdo na modalidade temática, considerado o método de análise apropriado para a compreensão do universo que cerca a saúde do idoso por revelar as percepções, os valores e a cultura dos participantes<sup>17</sup>. Elenou-se o tema “Gestão e Organização do Trabalho para o Cuidado do Idoso” a partir dos respectivos núcleos de sentido: 1- implementação da política de atenção à saúde do idoso; 2- dificuldades na realização do cuidado ao idoso, relacionadas à: inexistência de ações específicas; ações restritas/acessibilidade; despreparo na formação profissional; desenvolvimento insuficiente da prática da intersectorialidade; contratação/gestão dos trabalhadores e gestão.

Para a análise dos fragmentos das falas, foram utilizadas representações pela categoria profissional e o número da ESF correspondente dos participantes da pesquisa: ENF-1, ME-1, ACS-1, AE-1. Os gestores não foram identificados por questões éticas, sendo caracterizados por G-1, G-2... G-5.

Ao caracterizar os participantes, averiguou-se que a maioria dos gestores está na faixa etária entre 30 e 37 anos, graduados e mestres na área da saúde. Somente um possui doutorado e todos estão no cargo atual entre 06 e 08 anos. Quanto aos profissionais, predomina a idade entre 31 e 40 anos, com tempo de atuação na ESF atual entre 07 e 09 anos.

Para a análise documental utilizou-se o Plano Municipal de Saúde (2010-2013)<sup>22</sup>, e o Relatório de Gestão Anual (2011)<sup>23</sup>. Confrontou-se as informações sistematizadas destes com os dados das entrevistas, por meio de roteiro constituído de questões que abordaram aspectos do processo do planejamento, da implementação/operacionalização e da avaliação das ações direcionadas à atenção ao idoso, bem como, sobre o financiamento.

## Resultados e discussão

### Análise dos documentos municipais

Para analisar os documentos municipais utilizou-se como critério as diretrizes da Portaria nº 2.528/GM de 2006, que aprova a PNSPI. As diretrizes aspiram por uma abordagem ampliada à população idosa, que contemplam a apresentação da Política para profissionais, gestores e usuários do SUS, formação e educação permanente dos profissionais; assim como a promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde do idoso; estímulo às ações

intersetoriais, visando a integralidade da atenção; provimento de recursos para a qualidade da atenção; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; apoio ao desenvolvimento de pesquisas.

Assim, constatou-se a inexistência de plano municipal específico voltado à população idosa. Os documentos existentes não abordaram a maioria das questões presentes no roteiro que abrangiam as diretrizes da PNSPI. No Plano Municipal de Saúde (2010-2013)<sup>22</sup> encontrou-se como meta “Implementar o Programa Saúde do Idoso”, enquanto que no Relatório de Gestão Anual (2011)<sup>23</sup> identificou-se como objetivo a implantação da “PNSPI”, com a programação de ações como: “apresentação da PNSI a 80% da equipe técnica da SMS e a 50% das equipes da rede básica e por último capacitar 60% de médicos das áreas clínica médica e generalista da rede de AB em diagnóstico e tratamento da osteoporose”.

Notou-se em análise que a última proposição não foi alcançada. Embora as duas primeiras ações puderam ter sido alcançadas, ponderamos que as três são insuficientes à efetivação do programa, uma vez que estas além de possuírem característica somente de apresentação da proposta, também não envolveram todas as equipes e categorias profissionais relevantes como prevê a política.

Também não apreciaram de maneira abrangente as diretrizes da PNSPI, expondo a necessidade da prática do cuidado na lógica do envelhecimento ativo, a implantação de acolhimento conforme critério de risco, a formação e a educação permanente dos profissionais na área da saúde do idoso, a atenção domiciliar, a atenção diferenciada na internação, bem como a assistência farmacêutica, dentre outros<sup>8</sup>.

É possível perceber que no Plano Municipal de Saúde (2010-2013) há a meta de conformação de rede de atenção à saúde para estimular ações intersetoriais, estabelecendo acolhimento com qualificação de risco por cores, não especificando o usuário idoso<sup>22</sup>.

### **Gestão e organização do trabalho para o cuidado do idoso**

A respeito da implementação da PNSPI no município em destaque, identificou-se nas falas dos entrevistados que houve processo de implementação, contudo com visões distintas, os profissionais dos serviços locais sinalizaram uma implementação com datas imprecisas e superficiais.

*...o cuidado ao idoso demorou um pouco, foi mais ou menos uns cinco anos, porque a gente tinha outros programas (AE-III); ...acho que começou não faz muito tempo, uns 15 ou 20 anos, de forma gradual (ME-II);... não tem programa, grupo voltado aos cuidados específicos do idoso, trabalha o idoso que é diabético e hipertenso, acamado. Para a prevenção, a gente não conseguiu fazer ainda (ENF II);*

Diferentemente, os gestores demonstram ter ocorrido três momentos até o período da coleta dos dados. O primeiro momento foi marcado pela publicação da política e implantação de ações sem resultado efetivo:

*... Publicada a política em 2006, implantação da caderneta, educação permanente, diversos problemas, caderneta a menos, idosos não preparados, sem implantação efetiva (G-4).*

No segundo momento, destaca-se a implantação de serviços como parte do fortalecimento da política, mas o período é visualizado como não efetivo: *...implantação do NASF em 2009, tentado implementar caderneta em 2007 ou 2008, ... ano subsequente a 2010, proposta foi considerada papel do NASF, experiência melhor, mas não efetiva (G-4).*

Já o terceiro momento demonstra organização mais específica à Política: *... com coordenação específica do idoso, mais reestruturado. Fez diagnóstico, propondo implantação da caderneta e da política de forma diferenciada. Propôs número pequeno de unidades para criar experiência das dificuldades, das facilidades (G-4).*

Instiga-se para a realização de revisão do processo de implementação ocorrido, atentando-se ao planejamento e implantação parcial das ações preconizadas pela política. Sobressai a inquietação de que, apesar das duas primeiras ações supracitadas parecerem ter sido alcançadas, considera-se que são escassas frente à efetivação da política devido ao seu perfil de “apresentação”. As ações como a utilização da caderneta do idoso torna-se incipiente na medida em que é somente instrumento de registro dos dados e que necessitaria de pactuações e formação dos profissionais para que pudesse ocorrer mudança nas práticas, com integração entre os serviços na perspectiva da concepção de RAS. Observa-se também que os participantes apenas citaram as capacitações, o que pode revelar que não ocorreram ações mais amplas para que os profissionais pudessem se fundamentar para as práticas.

Os profissionais consideraram que a implementação tenha sido superficial, pois não identificamos menção às ações estratégicas da política,

além de que, as que foram identificadas, tiveram abordagem pouco aprofundada, e algumas não demonstraram ser claramente direcionadas ao idoso:

*...no município eu não lembro, mas não tem nada ainda muito, não tem protocolo de atendimento do idoso, programas de reabilitação, de inclusão de idosos ( ENF-I); ... a gente não trabalha com grupo, presta cuidado ao idoso orientando, medicações, questões mais da parte da enfermagem, avaliação do idoso que tem feridas, a parte mais curativa. Grupo direcionado voltado pro idoso não (AE-III); ... sei que agora tem lei específica para idoso, cartilha para idoso. Aqui na unidade foi feita há tempos atrás (ASG-II); ... Faz oito meses que estou aqui e não formamos grupo de idosos, vejo que tem unidades que fazem ações, de caminhada, tem artesanato (ACS -I).*

As ações apontadas pelos profissionais destacam ações como uso da cartilha e carteira do idoso, os cuidados aos maus tratos, bem como as direcionadas à hipertensão arterial, ao diabetes e à prevenção ao câncer bucal, além da vacinação de influenza, sendo as duas últimas as mais citadas, não podendo nos esquecer de que se tratam de ações campanhistas.

*... há 12 anos acompanho cuidados meio fragmentados, mas sempre existiu, vacinação de influenza, cuidado mais específico à hipertensão e diabetes e as próprias doenças ocasionadas pelo envelhecimento (Erf-II); ... faz quatorze anos que estou na ESF; desde que comecei a trabalhar eu já tinha olhar diferenciado pro idoso e com relação a minha profissão, à saúde bucal, aos exames de prevenção e detecção precoce ao câncer bucal (DE-I); ...ouvi falar muito sobre maus tratos ao idoso, no disque idoso (AE-III).*

Em estudo que avalia a PNSPI no Brasil em 2007, Rodrigues et al.<sup>24</sup> afirmam que os Planos de Ação devem atribuir aos órgãos setoriais a utilização de suas atribuições e realizem ações de acordo com as demandas dos idosos baseados na PNSI. Citam como exemplo, a realização de fóruns, formais e informais, o que, no entanto, não foi constatado nas entrevistas dos profissionais. Nas entrevistas dos gestores foi afirmada a ocorrência de fóruns e capacitações acerca de prevenção de acidentes domiciliares, porém não contínuas.

*...teve fórum sobre o idoso com delegacia da mulher, promotoria, capacitações para a casa do idoso para não ter acidente, não posso dizer que são contínuas, pontuais (G-5).*

Com a intencionalidade de enfatizar a necessidade de expandir as ações à saúde do idoso, Branco da Motta et al.<sup>25</sup> destacam a necessidade de realizar mais debates sobre o desenvolvimento dos equipamentos no SUS para o alcance das de-

mandas sociais, ante a predominância de doenças crônicas não infecciosas advindas do envelhecimento não ativo<sup>9</sup>; sendo imprescindíveis ações pautadas na clínica ampliada<sup>11</sup>.

Na gestão da clínica ampliada baseada na atenção à saúde-gestão-educação, vislumbra-se cuidado que centralize a atenção integral através do diálogo entre a gestão, a atenção à saúde e educação na saúde, aspirando transformações da prática<sup>26</sup>. Nesse contexto, a formação dos profissionais por meio da Educação Permanente em Saúde (EPS) torna-se importante ao almejar envolvimento e reflexão do processo de trabalho.

Nota-se o quanto o setor da saúde carece de reorganização de seu processo de trabalho e reavaliação do processo saúde e doença, por primar nas atuações focadas em doenças e não pautadas na individualidade. Conseqüentemente, não basta a publicação, pelo Ministério da Saúde, da PNSPI, se não houver mudança do paradigma do cuidado pautado no modelo biomédico.

Quanto às ações de educação em saúde, a análise documental mostrou decréscimo emanado da organização do sistema de saúde, que ao estabelecer a competência da ESF para situações de baixa complexidade, gerou maior demanda espontânea dificultando as ações de educação em saúde<sup>23</sup>.

No tocante às dificuldades na realização do cuidado do idoso, observou-se que estão relacionadas à inexistência de ações específicas; ações restritas/acessibilidade; despreparo na formação profissional; desenvolvimento insuficiente da intersetorialidade; contratação/gestão dos trabalhadores e gestão.

Para a resolução da inexistência de ações específicas ao idoso é relevante planejar ações que ultrapassem e reafirmem a necessidade do cuidado com vistas à clínica ampliada. O fragmento corrobora com as necessidades delineadas acima:

*...tem que ter olhar diferenciado para os que estão envelhecendo, ter momento de lazer, tem que ser população ativa (DE- 1).*

Os participantes destacam a proposta de implantação da organização da AB no cuidado ao idoso a partir de dois eixos, o dos idosos independentes e o dos com dificuldades para realizar as atividades. A Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006<sup>8</sup> remete às questões importantes, podendo nortear o planejamento local da AB, proporcionando o estabelecimento de estratégias para promoção da saúde e prevenção, além de ações de reabilitação<sup>11</sup>.

No que tange às ações restritas e dificuldade de acesso, é exposta ausência de apoio ou estrutura própria para a efetivação e ampliação de

oportunidades de inserção do idoso ao meio social: ... *marquei bingo na minha residência, mas cinema precisa de transporte (ASG-1)*.

Paskulin et al.<sup>27</sup> relatam que apesar do sistema de saúde prever atendimento universal e integral possui carência de recursos.

Esta preocupação aumenta ao passo que notamos o envelhecimento populacional acelerar-se e o quão os municípios ainda possuem dificuldades em readequar os recursos e o desenvolvimento de uma autonomia direcionada à identificação e resolubilidade de necessidades ao idoso.

Ao que diz respeito a formação dos profissionais, constatou-se que é insuficiente a base de conhecimento para a atuação: ... *as unidades não foram preparadas, muitos profissionais foram inseridos e não foram capacitados (G-1)*.

O momento incita a revisão da formação dos profissionais nos diversos serviços de saúde. É imperativo que os currículos das graduações em saúde abranjam expressivamente a Gerontologia e a Geriatria, buscando valorizar esta área<sup>25</sup>. Para alcançar esta formação profissional mais expressiva Tavares et al.<sup>28</sup> complementam que é preciso cenários de aprendizagem amplos, valorizando as dimensões políticas, o desenvolvimento de habilidades pessoais e coletivas, o envolvimento comunitário, a sustentabilidade e a reorientação dos serviços de saúde. Desta forma, proporcionará a construção de capacidades profissionais diante das necessidades singulares dos territórios e com maiores possibilidades de superar o modelo biomédico.

Tratando-se da problemática da formação nos serviços de saúde, as entrevistas apontaram que a maioria dos profissionais que realizaram a EPS, em época anterior, não está mais atuando na ESF, e muitos dos profissionais que foram posteriormente contratados não foram capacitados. Ocorreu a capacitação de apenas uma especialidade da categoria profissional médica<sup>23</sup>. Inquestionavelmente é imperiosa a necessidade de formação profissional fundamentada no contexto das necessidades sociais e do SUS. Destaca-se também, que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) seja vista como elemento que tangencie as iniciativas de reorientação da formação, principalmente em nível de graduação, e posteriormente, provoque reflexos significativos nas práticas junto aos serviços<sup>28</sup>.

Percebe-se que o enfoque a pessoa idosa em seu processo de envelhecimento ainda necessita ser tratado enquanto temática essencial nos currículos das diversas profissões, construindo tecnologias para o cuidado com produção de auto-

nomia da pessoa. Porém, as abordagens dos profissionais nos serviços estão centradas no modelo biomédico e o planejamento dos gestores tem demonstrado que se faz urgente ações que possam repensar as intervenções. A EPS tem sido uma das estratégias para a reconstrução das práticas por meio da reflexão e construção de significados para essas práticas, podendo planejar novas ações considerando as necessidades do território<sup>29</sup>.

Outra dificuldade destacada remete ao desenvolvimento insuficiente da prática da intersectorialidade no processo de trabalho. A participação de setores na implementação do cuidado à pessoa idosa, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) não emergiu nos discursos de todas as equipes de saúde entrevistadas. Fato visualizado em outros cenários brasileiros, são apontados dilemas sobre a idealização da proposta do NASF e o seu desenvolvimento, como a falta de articulação entre as gerências da ESF e a do NASF e as diferentes concepções sobre o matriciamento, o que não tem favorecido o desenvolvimento da prática integral, compartilhada e colaborativa<sup>30</sup>.

Em contrapartida, foi evidenciado nas entrevistas a importância do papel do NASF no município, como ator intermediário entre as UESF e o conselho do idoso. Ainda nesta abordagem, acrescenta-se que foram identificadas dificuldades de acesso a determinados setores, dependendo da rede estabelecida ao idoso. A dificuldade de envolver outros setores no cuidado e a forte presença de fragmentação do sistema de saúde municipal devido a pouca cooperação entre os serviços de saúde foram visualizadas no Plano Municipal de Saúde (2010-2013)<sup>22</sup>. Contudo, a SMS diante desta fragmentação dos serviços de saúde propôs uma ampla reorganização das práticas na rede de AB, visando a conformação de rede de atenção à saúde por meio de uma construção coletiva de caráter multiprofissional<sup>22</sup>.

Apesar de Branco da Motta et al.<sup>25</sup> exporem que outros municípios brasileiros apontam a mesma dificuldade da consolidação de redes de atenção ao idoso, também expõe que o processo de cuidado precisa ser pautado no fortalecimento de sistemas de saúde em redes. Assim como, a coordenação desta RAS realizada pela AB implica no alcance do reordenamento do sistema de saúde de maneira que o cuidado seja guiado pelo caminho da rede<sup>31</sup>. Este olhar diante da fragmentação do sistema vislumbrando a integração dos serviços de saúde é verificado na Inglaterra, o que nos permite concluir que trata-se de um problema transocidental<sup>14</sup>.

Instiga-se a necessidade de refletir sobre este contexto, em face da importância da intersectorialidade advir da articulação entre diferentes setores e atores diante do compartilhamento de poderes e saberes para atuarem de maneira integrada acerca de demandas<sup>32</sup>. Essa temática tem sido discutida internacionalmente, demonstrando sua relevância<sup>33</sup>, alcançando efetividade no desenvolvimento de políticas públicas<sup>34</sup>.

Outra perspectiva dos problemas identificados é mencionada em diversos relatos colhidos nas entrevistas dos gestores, sendo evidenciadas dificuldades relativas às contratações de profissionais, o que ocorreu também em relação às diversas categorias profissionais e especializadas: *... contratam recém-formados, [...] ficam temporariamente até conseguir especialização, quem tem formação saúde da família, são leiloados pelos municípios* (G-5).

Distintas circunstâncias contribuem para esse quadro no Brasil, tais como, a carência de oferta de médicos, as formas precárias de contratação, a infraestrutura material inadequada, as condições sociopolíticas que frequentemente geram entraves para o processo de trabalho<sup>29</sup>. Aspectos semelhantes são vivenciados em outros países, como ausência de recursos humanos e materiais condizentes ao cuidado necessário<sup>35</sup>.

Logo, tomando como base esta realidade nacional e internacional, precisa-se constituir uma política local consistente com estratégias e propósito para que ocorra a consolidação desta organização do sistema do município estudado em redes de atenção, além de fortalecer a contratação de profissionais que queiram se estabelecer na AB, tendo destaque os médicos que tem gerado uma alta rotatividade por não se ter uma política financeira e de proposição de organização do trabalho que consiga manter esses profissionais inseridos nas equipes para um cuidado integral.

Em se tratando das dificuldades de gestão, identificou-se as diferentes organizações do processo de trabalho nas UESF do município relacionadas às especificidades existentes, geradas por fatores como tipo de gestão entre a macro e a microgestão no que concerne à autonomia, visão do processo saúde-doença e do processo de trabalho. A autonomia dos serviços de saúde propicia maior atuação no planejamento local, mas indaga-se até que ponto essa autonomia concedida em âmbito municipal provém de gestão participativa com responsabilização das equipes nas ações propostas ou porque a macrogestão possui dificuldades em realizar suas atribuições junto aos serviços locais?<sup>36</sup> A ampliação da copartici-

pação entre gestores, equipe de saúde e usuários além de elevar a autonomia do usuário em seu plano terapêutico também auxilia nas mudanças das *práxis*, no quesito das relações e do contexto do trabalho<sup>11</sup>.

### Considerações finais

Ao analisar-se a implementação das ações do PNSPI a partir da instância local, identifica-se que o envelhecimento populacional passa a ser um tema cada vez mais discutido devido as repercussões nos distintos setores políticos do país. Possibilitou captar pontos relevantes para o desenvolvimento da atenção à saúde do idoso no município. Favoreceu reflexões acerca da necessidade do desenvolvimento de um processo de trabalho ancorado na clínica ampliada, buscando a implementação integral da PNSPI.

No cenário pesquisado ocorreram tentativas de implementação das políticas, desde a aprovação da PNSPI, com poucos avanços junto às equipes da ESF. Um dos determinantes está focado no planejamento insuficiente, sendo que o que foi realizado não ocorreu na perspectiva da cogestão com as equipes da UESF, nem a partir das necessidades dos territórios, gerando uma política com pouco impacto nas práticas das equipes, considerando que também há pouca apropriação dos gestores com relação a PNSPI.

A formação dos profissionais também tem interferido na proposição de práticas e tecnologias que atendam as necessidades dessa população tendo como fundamentação a clínica ampliada e constituição de sujeitos no cuidado aos idosos, uma vez que a expectativa de vida tem ampliado, além do aumento da longevidade dos idosos acima de 80 anos. Neste sentido, se faz necessário repensar a formação da equipe multiprofissional em nível de graduação, pós-graduação e nos serviços de saúde para atender as demandas e necessidades da transição do perfil demográfico e epidemiológico.

Será primordial o incentivo a ampliação da implementação da PNSPI por meio de gestores municipais compromissados com as necessidades dessa transição demográfica, com vistas à clínica ampliada e com o estabelecimento de protocolos específico, investimentos maiores nos instrumentos de cogestão e no desenvolvimento de uma rede de atenção à saúde do idoso integrada.

A pesquisa apresentou limites ao não abarcar a visão dos usuários idosos, frente ao nosso contexto nacional e local de saúde. Portanto, há ne-

cessidade de novas investigações que abranjam a perspectiva da implementação da PNSPI na visão dos idosos e de seus familiares, considerando as práticas de cuidado e suas tecnologias, bem como o acesso aos serviços de saúde na RAS.

### **Colaboradores**

MJCF Damaceno participou na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e sua revisão crítica. MQ Chirelli participou como orientadora da pesquisa e revisora de todas as etapas na elaboração do artigo. Todos participaram da aprovação da versão a ser publicada.

## Referências

- Souza ER. Políticas jovens para uma população idosa: desafios para o Setor Saúde. *Cien Saude Colet* 2010; 15(6):2656-2657.
- Minayo MCS. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. *Cad Saude Publica* 2012; 28(2):208-209.
- Chappell NL, Hollander MJ. An evidence-based policy prescription for an aging population. *Healthc Pap* 2011; 11(1):8-18.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tábua de mortalidade. Diário Oficial da União-D.O.U, de 1º de dezembro de 2017 [acessado 2017 fev 9]. Disponível em: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas\\_Completas\\_de\\_Mortalidade/Tabuas\\_Completas\\_de\\_Mortalidade\\_2016/tabua\\_de\\_mortalidade\\_2016\\_analise.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2016/tabua_de_mortalidade_2016_analise.pdf)
- Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). *Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro*. São Paulo: IESS; 2013.
- Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (FSEAD). *A Agenda Demográfica e de Políticas Públicas do Estado de São Paulo*. São Paulo: FSEAD; 2017.
- Boeckxstaens P, Graaf P. Primary care and care for older persons: position paper of the European Forum for Primary Care. *Qual Prim Care* 2011; 19(6):369-389.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União* 2006; 20 out.
- Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)* 2010; 14 (34):593-605.
- Casanova AO, Teixeira MB, Montenegro E. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS-Esc. Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* 2014; 19(11):4417-4426.
- Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira Júnior N, Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(1):983-995.
- Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA, Arcencio RA. A atenção primária a saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):343-352.
- Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHAL, Winck DR, Meirelles BHS, Mello ALSF. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. *Escola Anna Nery* 2015; 19(1):169-173.
- Hughes J, Reilly S, Berzins K, Abell J, Stewart K, Challis D. Emergent approaches to care coordination in England: exploring the evidence from two national organizations. *Care Manag J* 2011; 12(4):194-201.
- Rodrigues LBB, Leite AC, Yamamura M, Deon K, Arcêncio RA. Coordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária: validação semântica de um instrumento adaptado. *Cad Saude Publica* 2014; 30(7):1385-1390.
- Ferreira OGL, Maciel SC, Costa SMG, Silva AO, Moreira MASP. Envelhecimento Ativo e sua Relação com a Independência Funcional. *Texto Contexto Enferm* 2012; 21(3):513-518.
- Minayo MCS. Parte V: Fase de Análise do material qualitativo. In: Minayo MCS. *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 299-303.
- Melunsky N, Crellin N, Dudzinski E, Orrell M, Wenborn J, Poland F, Woods B, Challesworth G. The experience of family carers attending a joint reminiscence group with people with dementia: A thematic analysis. *Dementia* 2015; 14(6):842-859.
- Weisser FB, Bristowe K, Jackson D. Experiences of burden, needs, rewards and resilience in family caregivers of people living with Motor Neurone Disease/Amyotrophic Lateral Sclerosis: A secondary thematic analysis of qualitative interviews. *Palliative Medicine* 2015; 29(8):737-745.
- Damaceno MJCF, Chirelli MC. *Análise das ações de saúde do idoso no âmbito da Estratégia Saúde da Família em município do interior do estado de São Paulo* [dissertação]. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2013.
- Faculdade de Medicina de Marília (FMM), Secretaria da Saúde de Marília (SSM). *Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET- SAÚDE – Manual-anos letivos 2010 – 2011*. Marília: FMM, SSM; 2010.
- Prefeitura Municipal de Marília. Secretaria Municipal da Saúde (SMS). *Plano Municipal de Saúde 2010-2013*. Marília: SMS; 2010
- Prefeitura Municipal de Marília. Secretaria Municipal da Saúde (SMS). *Relatório de Gestão-Período de Janeiro a dezembro de 2011*. Marília: SMS; 2011.
- Rodrigues RA, Kusumota L, Marques S, Fabrício SCC, Rosset-Cruz I, Lange C. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2007; 16(3):536-545.
- Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cad Saude Publica* 2011; 27(4):779-778.
- Padilha RQ, Oliveira JM, Gomes R, Oliveira M.S, Lima VV, Soeiro E, Schiesari LMC, Silva SF. Princípios para a gestão da clínica: conectando gestão, atenção à saúde e educação na saúde. *Cien Saude Colet* 2017; 23(12):4249-4257.
- Paskulin LM.G, Valer DB, Vianna LAC. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). *Cien Saude Colet* 2011; 16(6):2935-2944.
- Tavares MFL, Rocha RM, Bittar CML, Petersen CB, Andrade M. A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. *Cien Saude Colet* 2016; 21(6):1799-1808.
- Vendruscolo C, Prado ML, Kleba, ME. Formação de recursos humanos em saúde no Brasil: uma revisão integrativa. *Educação em Revista* 2014; 30(1):215-244.
- Klein AP, d'Oliveira AFPL. O “cabo de força” da assistência: concepção e prática de psicólogos sobre o Apoio Matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. *Cad Saude Publica* 2017; 33(1):1-10.
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate*. Brasília: OPAS; 2011.

32. Sousa MC, Esperidião MA, Medina MG. A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Cien Saude Colet* 2017; 22(6):1781-1790.
33. Evcikiraz ED, Filiz E, Orhan O, Gulnur S, Erdal B. Local decision makers' awareness of the social determinants of health in Turkey: across-sectional study. *BMC Public Health* 2012; 12:1.
34. Lawless A, Williams C, Hurley C, Wildgoose D, Sawford A, Kickbusch I. Health in All Policies: Evaluating the South Australian Approach to Intersectoral Action for Health. *Can J Public Health* 2012; 103(1):15-19.
35. Beng TS, Chin LE, Guan NC, Yee A, Wu C, Yi KT, Kuan WS, Lim E,J, Chiong BCM. The Experiences of Stress of Palliative Care Providers in Malaysia: A Thematic Analysis. *Am J Hosp Palliat Care* 2013; 32(1):15-28
36. Damaceno MJCF, Chirelli MC. Análise temática acerca da Saúde do Idoso no cenário da Estratégia Saúde da Família em município brasileiro. *ATAS CIAIQ* 2017; (2):29-39.

---

Artigo apresentado em 02/04/2018  
Aprovado em 22/10/2018  
Versão final apresentada em 19/02/2019