

PESQUISA

Atenção à pessoa idosa: fatores que influenciam o desempenho dos profissionais de saúde na atenção básica

Care for the elderly: factors that influence the performance of health professionals in primary care

Cuidado de los ancianos: factores que influyen en el desempeño de los profesionales de la salud en atención primaria

Silvana Tanalise Guedes Almeida¹, Maria Augusta Medeiros de Souza², Jailson Alberto Rodrigues³, Débora Cíntia Oliveira da Silva⁴, Jordana de Almeida Nogueira⁵, Maria Adelaide Silva P. Moreira⁶

ABSTRACT

Objective: To analyze the factors that influences the performance of family health teams (FHT) in caring for the elderly in view point of two levels of management (micro and meso). **Method:** Survey that was conducted in João Pessoa-PB, involving 250 health professionals. Data were collected by primary source, using a questionnaire containing questions related to the evaluation of health services in elderly care. **Results:** The components of the micro-management, 22,8% said lack of improvement to work with the elderly, low supply of group activities (26,4%), displacement of the teamwork (18,8%) and somewhat humanized practices (16,4%). Among the components of meso-management were mentioned inadequacy and unavailability of materials and human resources (16,4%/12,4%), inaccessibility (28,4%), low agreement with the principle of integrality (9,6%). **Conclusion:** Increase the capacity of resolution of FHT and enhance the specific functions of micro-management requires technological adaptation/structural units, investment in training, social inclusion the elderly. **Descriptors:** Elder, Primary Health Care, Health Services Evaluation.

RESUMO

Objetivo: analisar os fatores que influenciam o desempenho das equipes de saúde da família (ESF) na atenção a pessoa idosa na perspectiva da micro e meso gestão. **Método:** Estudo tipo inquérito, realizado em João Pessoa - PB, que envolveu 250 profissionais de saúde. Os dados foram coletados por fonte primária, utilizando-se um questionário contendo questões relacionadas à avaliação dos serviços de saúde na atenção ao idoso. **Resultados:** Quanto aos componentes da micro-gestão, 22,8% apontou falta de aperfeiçoamento para o trabalho com o idoso, baixa oferta de atividades grupais (26,4%), desarticulação da equipe (18,8%) e práticas pouco humanizadas (16,4%). Entre os componentes da meso gestão, foram mencionadas inadequação e indisponibilidade de recursos materiais e humanos (16,4%/12,4%), inacessibilidade (28,4%); baixo cumprimento do princípio da integralidade (9,6%). **Conclusão:** Ampliar a capacidade resolutiva das ESF e potencializar as atribuições específicas da micro-gestão requer adequação tecnológica/estrutural das unidades, investimento em capacitação, inclusão social do idoso. **Descritores:** Pessoa idosa, Atenção Primária à Saúde, Avaliação de Serviços de saúde.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los factores que influyen en el rendimiento de los equipos de salud familiar (ESF) en el cuidado de los ancianos en vista de la micro y mesogestión. **Método:** Estudio realizado en João Pessoa-PB, con la participación de 250 profesionales. Los datos fueron recogidos por fuentes primarias, mediante un cuestionario que contiene preguntas relacionadas con la evaluación de los servicios de salud en el cuidado de ancianos. **Resultados:** Los componentes de la micro-gestión, el 22,8% dijo que la falta de mejoras para trabajar con el suministro de edad avanzada, escasas las actividades del grupo (26,4%), la desunión del equipo (18,8%) y las prácticas poco humanizado (16,4%). Entre los componentes de mesogestión se mencionaron la insuficiencia y falta de disponibilidad de materiales y recursos humanos (16,4%/12,4%), falta de acceso (28,4%), bajo nivel de cumplimiento con el principio de la integralidad (9,6%). **Conclusión:** Aumentar la capacidad de resolución de la ESF y mejorar las funciones específicas de la micro-gestión requiere una adaptación tecnológica/estructurales, inversión en formación, la inclusión social a los ancianos. **Descritores:** Ancianos, Atención Primaria de Salud, Evaluación de Servicios de Salud.

¹Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. Paraíba- PB. Especialista em Atenção à Saúde e Envelhecimento- Universidade Federal da Paraíba. E-mail silvanatanalise@hotmail.com. ²Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa. Paraíba- PB. Especialista em Atenção à Saúde e Envelhecimento- Universidade Federal da Paraíba. E-mail augustapb@hotmail.com. ³Enfermeiro. Especialista em Saúde Coletiva. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão em Saúde. Universidade Federal da Paraíba - UFPB. E-mail jailson_rodrigues@ig.com.br. ⁴Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. E-mail. debinhacintias@hotmail.com. ⁵Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Clínica, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-Universidade Federal da Paraíba - UFPB- Brasil. ⁶Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-Universidade Federal da Paraíba - UFPB- Brasil. Bolsista PNPd/Capes. E-mail jpadelaide@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A longevidade é sem dúvida uma conquista, um avanço no desenvolvimento da sociedade. A melhoria da qualidade de vida, introdução de recursos tecnológicos e terapêuticos diminuiu a mortalidade por doenças infecto-contagiosas, fazendo com que a sobrevivência dos indivíduos aumentasse sensivelmente. Diferentemente da velocidade com que os países desenvolvidos adaptaram-se a esta mudança demográfica, no Brasil a população tornou-se idosa repentinamente, sem tempo para uma reorganização social e do setor saúde para atender às novas demandas emergentes.¹

No país o número de idosos passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975 e 21 milhões em 2008 e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020. No ano de 2025, o Brasil será o sexto país do mundo com maior número de indivíduos idosos, com uma representação de 15% da população nacional, quando um em cada sete brasileiros fará parte do contingente idoso da população.²⁻⁴ Entre as Unidades Federativas, o Rio de Janeiro (14,9%) e Rio Grande do Sul (13,5 %) continuam sendo os estados com maior proporção de idosos. Em 1998, eram, junto com a Paraíba, os únicos estados onde os idosos representavam mais de 10% da população.²

Estas mudanças demográficas vêm ocasionando um incremento relativo da carga das doenças crônicas. As modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológicas, determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos. Tais transformações vêm exigindo readequação na condução de políticas e redesenho nas formas de intervenção no campo da atenção à saúde.¹

Na última década várias leis, portarias e decretos foram publicados, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos idosos. A legislação de proteção social apresentou avanços principalmente depois da promulgação do Estatuto do Idoso (Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003), que garante atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção. Em 22 de fevereiro de 2006 foi consolidada a Portaria 399 divulgando assim o pacto pela saúde que também contempla o pacto pela vida. Neste documento, a saúde do idoso consta como prioridade das três esferas do governo.⁵⁻⁶ Prevê a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS. Para tal, a Estratégia Saúde da Família (SF) se configura como um novo paradigma de promoção da saúde, sustentado principalmente pelo estabelecimento de vínculos e criação de laços de compromisso e coresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.⁷⁻⁸

É função primordial das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades ditas avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo desse processo. Ao se considerar saúde

de forma ampliada torna-se necessário, mudanças no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa.¹

Desse modo, a qualidade em saúde envolve múltiplos aspectos e pode ser definida como a provisão de serviços acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, tendo em conta os recursos disponíveis, de forma a alcançar a adesão e a satisfação do usuário. No que se refere aos profissionais de saúde, faz-se necessário que os mesmos envidem todos os seus esforços buscando um ótimo atendimento profissional alcançando assim a mais alta satisfação dos usuários, contemplando também o amplo espectro das suas atribuições, quais sejam, a promoção, a prevenção, a assistência e a reabilitação dos usuários.⁹

As equipes de saúde, no exercício de suas atividades devem direcionar suas práticas para a atenção às peculiaridades do idoso, tornando-o assim mais ativo, mudar conceitos já enraizados e utilizar novas tecnologias, com inovação e sabedoria, a fim de alcançar de forma justa e democrática a equidade na distribuição dos serviços e facilidades para o grupo populacional que mais cresce no país. Espera-se que as equipes da estratégia SF, por meio de racionalidades diversas, organizem seus processos de trabalho, alicerçados por um conjunto de práticas cuidadoras, resolutivas e qualificadas, a partir das especificidades locais e necessidades dos sujeitos.¹⁰⁻¹¹

Para que isto ocorra de fato, faz-se necessário a capacitação de profissionais para o atendimento diferenciado e multidisciplinar da população idosa que proporcione melhorias na qualidade de vida dos idosos. Poucos são os trabalhos que se propuseram a realizar uma avaliação da relação entre os profissionais e estruturas das Unidades Básicas de Saúde com o atendimento prestado aos usuários idosos e principais premissas e produtos que resultam desta relação.

Nesta perspectiva, merecem destaque dois pontos fundamentais e estruturantes para o bom desempenho das equipes. O primeiro relaciona-se à organização da rede de serviços à “meso-gestão”. Refere-se às formas de organizar os sistemas de saúde, de modo a atender às demandas por serviços e às necessidades de saúde. O segundo relaciona-se à capacidade de interação com o doente à “micro-gestão”, que corresponde à interação propriamente dita entre doente/família, equipes de saúde e comunidade, onde ocorre, de fato, o processo de atenção às pessoas. Requer equipes de atenção à saúde preparadas, informadas e motivadas para executarem funções e responsabilidades compatíveis com suas capacidades profissionais.¹²

Nesta direção este estudo se propôs a analisar os fatores que influenciam o desempenho dos profissionais da estratégia de saúde da família na implementação do cuidado à pessoa idosa na perspectiva da micro e meso gestão.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, tipo inquérito, realizado no município de João Pessoa, capital do estado da Paraíba. O município conta com população de 723, 515 habitantes (IBGE, 2010), e organiza a atenção à saúde de forma regionalizada em cinco distritos sanitários com 180 Unidades de Saúde da Família (USF) perfazendo uma cobertura de 84%.

O atual estudo deriva da implementação de uma pesquisa multidimensional intitulada “Tecnologias Assistivas para Idosos Atendidos nas Unidades de Saúde da Família”, financiada pelo Ministério da Saúde do Brasil e coordenado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB.

O universo do estudo foi constituído por profissionais da ESF, de nível médio e superior. Considerando o quantitativo de USF (180) foi previsto população de 724 profissionais. Optou-se por uma amostra de 250 indivíduos, que garantiu erro máximo de 5,0% e nível de confiança de 95%. A seleção dos profissionais entrevistados foi por conveniência. Os dados foram coletados no primeiro semestre do ano de 2011 por meio de fonte primária (entrevistas com profissionais), utilizando-se um questionário, contendo questões relacionadas à avaliação do serviços de saúde na atenção ao idoso. As informações levantadas foram digitadas e armazenadas em planilha eletrônica do *Microsoft Office Excel 2003* e agrupadas segundo os componentes de “micro-gestão” e “meso gestão”.

Os dados foram analisados através da estatística inferencial, que permite a análise e a interpretação dos dados através de estimativas de parâmetros do universo populacional. Assim sendo, a maior contribuição da inferência estatística é prover uma medida de confiabilidade para os resultados encontrados. Logo, são utilizados testes estatísticos, com o intuito de extrapolar os resultados obtidos à distribuição real na população para as diferentes variáveis, que se traduzem em um p-valor ou em intervalos que contém o verdadeiro valor do parâmetro, os intervalos de confiança - IC. Neste estudo, o parâmetro em questão é a proporção, sendo considerados os intervalos de confiança das mesmas, calculados para uma proporção e considerando o teorema central do limite.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, sob o nº 0598. O sigilo das informações contidas nos questionários foi garantido e o consentimento por escrito foi solicitado a todos entrevistados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No primeiro componente analisado, que agrega informações acerca dos aspectos que influenciam o desempenho dos profissionais de saúde na perspectiva da micro-gestão observa-se que 22,8% (IC: 0,2273; 0,2287) responderam que existe falta de aperfeiçoamento da equipe para o trabalho com o idoso. Destaca-se que nem sempre a capacidade institucional dos sistemas de saúde em gestão dos recursos humanos é suficiente para fazer frente aos problemas de pessoal nos serviços de saúde, como também para garantir condições de trabalho que favoreçam a contribuição dos profissionais com a eficácia, qualidade e produtividade setoriais.¹³ Esta deficiência agrava-se pela desarticulação existente entre os profissionais, manifestado por 18,8% (IC: 0,1874; 0,1886) dos entrevistados. Esta limitação pode dificultar alguns tipos de atendimento como, por exemplo, visitas domiciliares que necessitem de mais de um profissional na prestação de serviço para os usuários, muito comum nos casos de idosos impossibilitados de se locomover até a Unidade de Saúde da Família (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição percentual dos componentes da micro-gestão que influenciam o desempenho das equipes de saúde na atenção à saúde do idoso. João Pessoa, 2011

Componentes		<i>fir</i> (%)	I C
Processo de trabalho	Equipe sem aperfeiçoamento	22,8	0,2273; 0,2287
	Desarticulação da equipe	18,8	0,1874; 0,1886
	Descompromisso profissional	8,0	0,0797; 0,0803
	Sobrecarga de atribuições	2,4	0,0239; 0,0241
Ações em saúde	Grupo de apoio a pessoa idosa	26,8	0,2672; 0,2688
	Serviços e programas de rotina	24,4	0,2433; 0,2447
	Terapia comunitária	8,8	0,0877; 0,0883
	Serviço de ouvidoria aos grupos de apoio	2,8	0,0279; 0,0281
	Atividades físicas	1,2	0,0119; 0,0120
	Grupo de apoio ao cuidador	0,4	0,0039; 0,0040
Promoção do cuidado	Humanização deficitária	16,4	0,1635; 0,1645
	Automatização do cuidado	3,6	0,0359; 0,0361
	Não realização de educação em saúde	3,2	0,0319; 0,0321
	Foco curativista	2,8	0,0279; 0,0281

A introdução da equipe num processo de trabalho interdisciplinar, tendo a comunidade como referência, confere elementos diferenciadores que conclamam mudanças paradigmáticas.¹⁴ Os profissionais devem desenvolver competências, no campo da tomada de decisões, da comunicação e liderança; possuir habilidades visando eficácia e custo-efetividade da força de trabalho, uso apropriado dos recursos disponíveis (medicamentos, equipamentos); ser acessíveis e receptivos na interação com os pacientes e a comunidade; manter a confidencialidade das informações; capacidade para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada.¹⁵

Quanto às atividades desenvolvidas no exercício dos serviços prestados à comunidade, (rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores), destaca-se a existência de grupos de apoio a pessoa idosa e serviços e programas de rotina, citadas respectivamente por 26,8% (IC: 0,267231; 0,268769) e 24,4% (IC: 0,243277; 0,244723) dos entrevistados. A existência de grupo específico de apoio ao cuidador de pessoas idosas, foi assinalado por apenas 0,4% (IC: 0,003984; 0,004016) dos profissionais, dado que vem realçar a vulnerabilidade dos idosos, pois se torna necessário um “treinamento” especial para as pessoas que convivem diariamente com esta população. A maioria dos idosos possui doenças crônicas, que são inerentes nessa fase da vida e muitos deles dependem do cuidado de outras pessoas, sejam elas de sua família ou não. Este panorama expresso aqui tende a confrontar com as propostas da Política Nacional do Idoso do Ministério da Saúde, que estimula a formação e manutenção de Grupos de Apoio ao Cuidador em todo Brasil.

Quanto à supervisão destes grupos, 2,8% (IC: 0,027893; 0,028107) da população pesquisada respondeu que existe algum tipo de serviço de ouvidoria dos grupos de apoio, que busque acompanhar mais de perto as atividades realizadas com os usuários de mais idade, caráter este muito importante, mas ainda incipiente no cenário estudado.

Em relação à existência da terapia comunitária um percentual reduzido de pessoas relatou que disponibiliza este serviço, número que demonstra um grande déficit nesta área.

A idéia de cuidado integrado em saúde, compreende um saber fazer dos profissionais, gestores e usuários co-responsáveis pela produção da saúde- feito por gente

que cuida de gente. É fundamental compreender que o atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência á saúde, requerendo um compromisso com a prática multiprofissional.

Mudanças nas práticas profissionais sustentam-se na criação de um sistema de gestão, baseado na reflexão crítica sobre o trabalho em saúde e a experimentação da alteridade com os usuários. Dessa maneira, haveria a possibilidade que, no cotidiano das relações da organização da gestão setorial e estruturação do cuidado, o aprender e o ensinar contínuo fossem contemplados, gerando assim profissionais para a área da saúde qualificados, sobretudo para desempenhar seu papel no SUS.¹⁵

Segundo a Política Nacional de Humanização (2004) quando versa sobre as diretrizes gerais para a implementação da mesma: far-se-á necessário, reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde.¹⁶

Do total de entrevistados (n=250), 16,4% (IC: 0,163463; 0,164537), assinalaram que as práticas são pouco humanizadas. Para alcançar uma nova compreensão dos princípios e valores que balizam a humanização, o profissional da saúde necessita articular o conhecimento teórico e técnico da ciência aos aspectos afetivos, sociais, culturais e éticos das relações que estabelece através de sua prática, para que a humanização não fique restrita às atribuições meramente técnicas, mas, principalmente, à capacidade de compreender e respeitar o ser humano nas suas diferentes formas de ser e existir.¹⁷

Outro aspecto assinalado por 2,8% (IC: 0,027893; 0,028107) relaciona-se a permanência da atenção curativa. Na perspectiva da ESF seria esperada uma reestruturação dos serviços e de novas práticas de intervenção na atenção à saúde, visando à substituição ao modelo assistencial curativista. No entanto, destaca-se que a ocorrência dessa mudança paradigmática, por si só, não é suficiente para garantir uma nova lógica na organização do trabalho. Faz-se necessário “mudar os sujeitos que se colocam como protagonistas do novo modelo de assistência”.^{18:115}

Os profissionais da atenção básica devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar suas ações de acordo com as necessidades da comunidade. Disso, resulta que a qualidade dos serviços de saúde depende de diversos fatores, dentre eles incluem-se os instrumentos usados para a definição e análise dos problemas; bem como para a avaliação do nível de comprometimento dos profissionais relacionados às normas técnicas, sociais e humanas.¹⁹

Na segunda categoria, que compreende os componentes da meso-gestão (Tabela2), evidencia-se que 28,4% (IC: 0,2832; 0,2848) dos entrevistados destacaram que a acessibilidade não vem sendo garantida pelos serviços de saúde. O acesso envolve atendimento planejado dos serviços da rede de atenção, bem como articulação entre os mesmos.²⁰ Compreende a interação entre prestadores do serviço e os clientes e indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde.²¹ Reflete as características do sistema de saúde que atuam aumentando ou diminuindo obstáculos à obtenção de serviços de saúde pela população. Centra-se, portanto no grau de ajuste entre as características do sistema de saúde e do usuário, no processo de busca e obtenção de assistência quando necessário.²² O acesso em saúde tem relação estreita com o tipo de gestão adotada, apontada como insatisfatória por 6,8% (IC: 0,0678; 0,0683) dos

entrevistados. Nem sempre, o planejamento é efetuado corretamente, seja por indisponibilidade de recursos materiais ou de pessoal. Porém, planejar corretamente não implica necessariamente em traçar planos complexos, muitas vezes, acima das possibilidades e das expectativas, e sim procurar ativamente saber onde e como surgem as prioridades, para, com medidas simples, sanar os problemas de saúde de uma comunidade.

Tabela 2: Distribuição percentual dos componentes da meso-gestão que influenciam o desempenho das equipes de saúde na atenção à saúde do idoso. João Pessoa, 2011.

Componentes		<i>fir</i> (%)	IC
Aspectos gerenciais	Descompromisso da gestão	6,8	0,0678; 0,0683
	Organização não favorece integralidade	9,6	0,0957; 0,0963
	Acessibilidade prejudicada	28,4	0,2832; 0,2848
	Falha no sistema de referencia e contra-referencia	7,2	0,0717; 0,0723
Recursos Materiais/ Humanos	Indisponibilidade de medicamentos	14,0	0,1395; 0,1405
	Recursos materiais insuficientes	16,4	0,1635; 0,1645
	Recursos humanos insuficientes	12,0	0,1196; 0,1204
Infraestrutura	Inadequação do ambiente físico	27,2	0,2712; 0,2728
	Instalações insuficientes	27,6	0,2752; 0,2728

Entre os entrevistados, 9,6% (IC: 0,09566; 0,09634) expressaram que organização da rede de serviços e atenção a saúde não favorece o princípio da integralidade. Entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos, nos diferentes níveis de complexidade do sistema, emerge do ideário de se construir políticas voltadas para uma assistência integral que amplie os horizontes nos quais os problemas estão imersos respeitando as especificidades de múltiplos grupos.²³⁻²⁴

Ao constituir-se como principal porta de entrada espera-se que as equipes da estratégia SF, organizem suas ofertas de modo que apenas as demandas que exijam cuidados nos serviços de maior densidade tecnológicos, sejam referenciadas. O sistema de referência e contra-referência deve avançar na construção de uma rede de serviços estruturada sob a integralidade. A referência é definida como o ato de encaminhamento de um usuário atendido em um estabelecimento de saúde a outro de maior aporte tecnológico. Já a contra-referência como o ato de encaminhamento de um usuário ao estabelecimento de origem, que o referiu, após resolução da causa responsável pela referência. Esta estrutura visa subsidiar e manter a garantia do acesso da população aos serviços e o respeito aos seus direitos e liberdade.

Neste processo é fundamental a existência de mecanismos administrativos formais que registrem e organizem o movimento de usuários e informações, além de serviços com níveis diferentes de densidades tecnológicas, com maior ou menor suficiência para resolução dos problemas.²⁵ Neste estudo, os resultados mostram falhas no sistema de referência, mencionados por 7,2% (IC: 0,071738; 0,072262) dos entrevistados, o que mostra a dificuldade gerencial em articular os diversos pontos da rede de serviços.

Em relação aos recursos materiais e humanos com os quais os serviços contam para a execução das ações e cuidados a população, destaca-se que entre os fatores dos serviços e dos recursos de saúde que limitam seu uso pelos usuários, a barreira de acesso eleita como a mais importante, na maioria dos casos, é a inadequação e indisponibilidade de recursos

materiais, que foi sinalizada por 16,4% (IC: 0,163463; 0,164537) dos profissionais entrevistados.

A irregularidade ou indisponibilidade na oferta de medicamentos básicos aponta para uma coordenação de ação não satisfatória para atender a demanda de algumas unidades de saúde, já que a provisão dos medicamentos depende de uma organização gerencial prévia. Medidas para superar a deficiência de medicamentos para atenção primária à saúde vêm sendo recomendadas, tais como: informatização do sistema de informação da assistência farmacêutica básica; acesso dos municípios ao sistema nacional de registros de preços do Ministério da Saúde; implantação de um sistema descentralizado de medicamentos básicos; implantação de sistemas eficazes de monitoria e avaliação de assistência farmacêutica básica, capacitação de farmacêuticos em cursos de especialização de assistência farmacêutica; incentivo à implantação de farmácias comunitárias nos municípios e produção/difusão de normas de uso racional de medicamentos básicos.²⁶

A atenção a demanda depende da natureza e da complexidade dos recursos físicos, humanos, materiais, diagnósticos e terapêuticos envolvidos na prestação dos serviços. Em especial na atenção ao idoso, a capacidade instalada, as plantas físicas podem ser facilitadores ou não da utilização. Requer dispositivos estruturais que facilitem o acesso, tais como rampas, cadeiras de roda, corrimões, piso antiderrapante, etc. Entre os profissionais de saúde, 27,6% (IC: 0,275217; 0,276783) manifestaram que as instalações das Unidades de Saúde da Família são insuficientes para os serviços ali prestados aos usuários, pelos mais diversos motivos: salas pequenas ou mal iluminadas, ambientes inapropriados aos atendimentos, adaptações que foram feitas para que ali pudessem ser prestados os mais diversos serviços, entre outros. Ainda, 27,2% (IC: 0,271224; 0,272776) responderam que existia uma inadequação dos ambientes físicos das unidades para utilização mais efetiva por parte dos usuários e profissionais em saúde, citando, por exemplo, falta de rampas em alguns ambientes, impedindo ou dificultando o tráfego de pessoas idosas e deficientes físicos.

Ao se falar em barreiras arquitetônicas entende-se como acessibilidade precária ou em alguns casos a inexistência da mesma, dificultando assim o acesso de pessoas com deficiências, sejam elas definitivas ou passageiras (acidentados), ou mesmo de idosos que por diversos motivos de saúde, possuem problemas em sua locomoção.

CONCLUSÃO

Com o aumento cada vez maior da expectativa de vida no Brasil, é de tamanha importância que se desenvolva e se pratique efetivamente projetos voltados para as pessoas idosas, buscando melhoria substancial e qualitativa nos serviços de saúde. Recomenda-se a implementação, desenvolvimento e manutenção de grupos de apoio aos cuidadores, grupos estes que tenham como foco principal a disseminação de uma cultura de apoio aos idosos, de modo que a atenção e o cuidado sejam efetivos e eficazes.

Torna-se necessário o desenvolvimento de atividades de lazer e cultura específicos para os idosos, buscando assim unir a saúde mental à saúde física, como também o incremento de terapias comunitárias e outros serviços, que busquem uma interação

saudável entre o idoso e sua família ou profissionais de saúde e com os demais que ele venha a se relacionar, tendo assim um envelhecimento ativo e produtivo.

A implementação de propostas que efetivamente se concretizem em maior inclusão social do idoso, que promova o cuidado humanizado, eficiente, requer incremento e melhoria na capacitação dos profissionais de saúde de modo que possa potencializar o desenvolvimento das atribuições específicas da micro-gestão.

Diante do quadro apresentado conclui-se que em os aspectos gerenciais, os recursos materiais e humanos e a infraestrutura disponibilizada na área de estudo, precisam ser aperfeiçoados na perspectiva de garantir um cuidado qualificado da pessoa idosa. A organização do trabalho nas unidades de saúde, requer estratégias gerenciais que permitam adequação tecnológica das unidades e dos serviços de referência, que viabilizem a uniformização de recursos estruturais, amplie a capacidade resolutiva das equipes da ESF, promova eficiência na prestação de serviços e assegure o acesso da população idosa.

Nesse sentido a “meso-gestão” é fundamental e estruturante no bom desempenho das equipes e está relacionada com a organização da rede de serviços e as formas de organizar os sistemas de saúde, de modo a atender às demandas por serviços e às necessidades de saúde. Os achados permitem concluir que a superação das deficiências requer convencimento e esforços de diferentes atores do sistema de serviços de saúde. Ao gestor compete o planejamento e distribuição eficiente dos recursos, adequados às realidades locais e necessidades dos idosos.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica - n.º 19 Série A. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 03/ 09/ 2011.
3. Ravagni E. Sintoma, o mito da idade. Recife: Revista do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. nov/dez 2004;2(5):10-12.
4. Zago MA. A Pesquisa Clínica no Brasil. Ciênc.Saúde Coletiva. 2004;9(2):363-374.
5. Telles JL. Perspectivas e desafios para o planejamento das ações do pacto pela vida/saúde da população idosa 2006/2007. Contribuições para o debate, 2006. [acesso em 2011 Mar 20]. Disponível em: http://www.sbggpr.org.br/artigos/acoes_estrategicas_para_implementar_politica_2007%5B1%5D.pdf.
6. Schneider A, Peralta JAG, Both V, Brutsher V. Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade? Passo Fundo: IFIBE/CEAP, 2007. 48p. [acesso em 2011 Mar 20]. Disponível em: http://www.saude.al.gov.br/files/pactopelasaude/manuais/cartilha_posibilidade_realidade.pdf.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. Oliveira AKP, Borges DF. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro, abr 2008;42(2):369-89.

9. Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, 2005;5(suppl.1):63-69.
10. Costa MFL, VERAS R. Saúde pública e envelhecimento. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2003; 19(3):700-01.
11. Souza MF, Hamann M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(Suppl. 1):1325-35.
12. Organização Mundial da Saúde (OMS). Cuidados Inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial/ Organização Mundial de Saúde. Brasília, 2003; 105p.
13. Fonseca CD, Seixas PHD. Agenda nacional de recursos humanos em saúde: diretrizes e prioridades. In: Negri B, Faria R, Viana Ald'a (Orgs). Recursos Humanos em Saúde - política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Nepp/Unicamp, 2002;289-322.
14. Campos FE, Belisário SA. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. Interface - Comunic Saúde Educ., Botucatu. 2001;5(9)133-42.
15. Ceccim RB, Feuerwerker, LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: Physis: Rev Saúde Coletiva. 2004;14(1)41-65.
16. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004.
17. Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. Rev. Latino-am Enfermagem. 2007;15(1)34-41.
18. Franco TB, Merhy E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães Junior HM, Rimoli J, Franco TB. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007;55-124.
19. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Epidemiol Serv Saúde, Brasília. 2006;15(3):7-18.
20. Velloso VRO, Souza RG. Acesso e hierarquização: um caminho (re)construído. In: Bodstein R.(Org.). Serviços Locais de Saúde: construção de atores e políticas. Relume Dumará, Rio de Janeiro. 1993;97-115.
21. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: Ediciones Copilco SA, 1984. 268p
22. Travassos C, Viacava F. Acesso e Uso de Serviços de Saúde em Idosos Residentes em Áreas Rurais, Brasil, 1998 e 2003. Cad de Saúde Pública. 2007;10(23):2490-502.
23. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciênc Saúde Colet. 2003;8(2):569-84.
24. Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA.(Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. 78-91.
25. Cohn A, Westphal MF, Elias PE. Informação e decisão política em saúde. Rev. Saúde Pública. 2005;39(1):114-21.
26. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Ceará: Escola de Saúde Pública, Ceará, 2002.

Recebido em: 01/09/2015
Revisão requerida: não
Aprovado em: 12/11/2015
Publicado em: 30/12/2015

Contato do autor correspondente:
Jordana de Almeida Nogueira
João Pessoa - PB - Brasil
Email: jal_nogueira@yahoo.com.br