



Artigo de revisão

Atenção primária à saúde e os idosos institucionalizados: a perspectiva da gestão municipal no Brasil



Grasiela Piuvezam^{a,*}, Kenio Costa de Lima^b, Monise Santos de Carvalho^c, Vítor Guerra Pereira Xavier^c, Rafael Alves da Silva^c, Aline Rochelle Filgueira Dantas^c e Vilani Medeiros de Araújo Nunes^d

^a Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN, Departamento de Saúde Coletiva (DSC-UFRN), Programa de Pós Graduação Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde (PPGQualiSaúde - UFRN-BR/UMU-ES/INSP-MX), Natal, Brasil

^b Doutor em Ciências pela Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ. Departamento de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN, Natal, Brasil

^c Estudante do Curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil

^d Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. Professora do Departamento de Saúde Coletiva (DSC-UFRN), Natal, Brasil

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 8 de dezembro de 2014

Aceite a 27 de maio de 2015

Palavras-chave:

Atenção Primária à Saúde

Políticas Públicas de Saúde

Idosos

Instituição de Longa Permanência

R E S U M O

Ações de saúde na atenção primária são essenciais para garantir a qualidade na assistência. O objetivo foi identificar as ações desenvolvidas na atenção primária, direcionadas aos idosos institucionalizados no Brasil, a partir da óptica dos gestores municipais. Estudo qualitativo, observacional e analítico. Foram realizadas entrevistas semi estruturadas com 28 gestores de 11 municípios pertencentes às 5 regiões geográficas brasileiras. Os dados recolhidos foram processados pelo software ALCESTE (4.9). Os resultados demonstram que as ações direcionadas aos idosos institucionalizados foram escassas. Em relação aos idosos em geral as ações simbolizam atenção fragmentada e distante do preconizado nas Políticas de Saúde Pública aos Idosos.

© 2015 The Authors. Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome da Escola Nacional de Saúde Pública. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: gpiuvezam@yahoo.com.br (G. Piuvezam).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2015.05.003>

0870-9025/© 2015 The Authors. Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome da Escola Nacional de Saúde Pública. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Primary Health Care and the institutionalized elderly: The perspective of municipal management in Brazil

A B S T R A C T

Keywords:

Primary Health Care
Healthy Public Policy
Elderly
Homes for the Aged

Health actions in primary care are essential to ensure the quality of care. The objective was to identify the actions undertaken in primary care, targeted to institutionalized elderly in Brazil, from the perspective of municipal managers. It is a qualitative, observational and analytical study. Semi-structured interviews with 28 managers of 11 municipalities in the five geographical regions were conducted. The collected data were processed by ALCESTE software (4.9). Results demonstrate that the actions directed to the institutionalized elderly were scarce. Regarding the elderly in general the actions symbolize fragmented and distant attention advocated by the Public Health Policy for the Elderly.

© 2015 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Escola Nacional de Saúde Pública. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

O envelhecimento da população brasileira é considerado um processo progressivo e crescente, e configura-se como um fenómeno que tem se tornado alvo de discussão, principalmente nas áreas que envolvem a atenção à saúde do idoso e as políticas públicas. Destaca-se como evidência, o reconhecimento, por parte de pesquisadores e gestores públicos, das consequências do envelhecimento da população sobre a previdência social e sobre os programas de saúde. Ademais, observa-se que o crescimento do número de idosos que demandam assistência à saúde é progressivamente visto como um problema da nova política societal e com impactos sobre a atenção primária à saúde (APS)^{1,2}.

Nas proposições de Alma-Ata (1978), a APS é entendida como função central do sistema nacional de saúde, integrando um processo permanente de assistência sanitária – que inclui prevenção, promoção, cura e reabilitação – e, como parte do processo mais geral de desenvolvimento societal e económico, envolvendo a cooperação com outros setores para promover o desenvolvimento societal e enfrentar os determinantes da saúde³.

Nos países europeus, os serviços ambulatoriais de primeiro contato estão integrados a um sistema de saúde de acesso universal, isto é, o direito à saúde é garantido por meio de sistema universal com financiamento público ou por meio de contributos específicos a seguros sociais. Nos países da América Latina a cobertura é segmentada, convivendo esquemas diferenciados com importantes desigualdades no acesso, e a atenção primária é incorporada apenas no setor público com programas seletivos. Nos países do terceiro mundo predomina a interpretação da APS como um programa específico para os marginalizados e excluídos, materializada na proposta político-ideológica da atenção primária seletiva destinada às populações pobres³.

No Brasil, a APS é regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁴, que considera os termos «atenção básica» e «APS» como equivalentes. O presente artigo utilizará o termo APS. Essa política é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e tem na estratégia de saúde da família (ESF) sua ação prioritária para expansão e consolidação. A

atenção primária é o contato preferencial dos utentes e centro de comunicação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁵, sendo orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação societal.

No intuito de atender ao caráter global de cuidado à saúde da população idosa, inúmeros esforços têm sido realizados pelo governo brasileiro. Assim, baseadas na Constituição Federal⁶ surgiram a Política Nacional do Idoso⁷ e o Estatuto do Idoso⁸. Em 1999, foi publicada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI)⁹, revogada em 2006 pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)¹⁰. A PNSPI e a PNAB^{4,11,12} têm como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável; a preservação e/ou a melhoria, ao máximo possível, da capacidade funcional dos idosos; a prevenção de doenças; a recuperação da saúde daqueles que adoecem, e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

Mesmo diante de tais conquistas e avanços para a atenção à saúde dos idosos, ainda permanecem desafios^{13,14}, como o cuidado específico direcionado aos idosos que residem em instituições de longa permanência para idosos (ILPI)¹⁵.

Neste sentido, o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA)¹⁶ realizou um levantamento das ILPI no país. Constatou a presença de 3.548 instituições no território e que 1,5% da população de idosos é institucionalizada, ou seja, 83.870 idosos. O estudo demonstrou ainda uma discrepância entre as regiões: o Nordeste apresentou 8,5% das ILPI e a região Sudeste 63,6%. O incremento da demanda por cuidados de longa duração para idosos tem sido observado em âmbito nacional, dependente de fatores culturais, grau de suporte familiar e disponibilidade de serviços alternativos.

A tendência é o aumento da demanda por ILPI no Brasil, embora as políticas priorizem a família como signatária do cuidado ao idoso. Ainda que imbuídos dessa percepção, há um consenso de que, em muitos momentos, a ILPI se torna uma alternativa importante, devendo assegurar a qualidade de vida e satisfação, tanto dos idosos, como de suas famílias.

Assim, o objetivo do presente artigo foi identificar as ações desenvolvidas na APS, direcionadas aos idosos institucionalizados, a partir da óptica dos gestores municipais no Brasil, bem como verificar a concordância entre as diversas realidades estudadas com a política brasileira de atenção primária.

Metodologia

Desenho do estudo e contexto

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, classificado como observacional e analítico, realizado no biênio 2008-2010.

A pesquisa foi desenvolvida em 11 municípios de médio e grande porte, distribuídos nas 5 regiões geográficas do Brasil (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste), com o intuito de garantir representatividade para cada uma das regiões brasileiras.

População

A população do estudo foi composta pelos gestores municipais de saúde em cada um dos municípios e foram entrevistados os secretários municipais de saúde, os coordenadores de saúde do idoso e os coordenadores de saúde bucal.

Critérios de inclusão

Os municípios pesquisados foram sorteados, 2 por cada região geográfica, atendendo a 2 critérios de inclusão: 1) municípios com 100 mil habitantes ou mais, de acordo com a Lista de Projeção Populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2005¹⁶; 2) municípios com percentagem de idosos na população maior ou igual à mediana encontrada em cada região geográfica.

Assim, os municípios selecionados foram: Ji Paraná (RO) e Araguaína (TO), da região Norte; Crato (CE) e Arapiraca (AL) na região Nordeste; Poços de Caldas (MG) e Magé (RJ) da região Sudeste; Rio Verde (GO) e Rondonópolis (MT) da região Centro-Oeste; e, na região Sul, os municípios de Maringá (PR) e Bagé (RS). A pesquisa foi realizada no município do Natal (RN).

Os gestores municipais de saúde que participaram da pesquisa atenderam aos seguintes critérios de inclusão: 1) trabalhar na secretaria municipal de saúde há pelo menos um ano; 2) pertencer a uma das cidades determinadas para a realização da pesquisa.

Recolha dos dados

Estudo piloto foi realizado previamente à recolha dos dados. No estudo piloto foram entrevistados 6 gestores de saúde pertencentes a 2 municípios de médio-porte, localizados no estado do Rio Grande do Norte, no Brasil. As entrevistas realizadas no estudo piloto não integraram a amostra final da pesquisa. O estudo piloto foi desenvolvido com o objetivo de ajustar o instrumento de recolha de dados e, após a sua aplicação, somente alterações ortográficas foram realizadas nos tópicos-guia (roteiros), visando a melhor compreensão dos entrevistados.

Foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas, que seguiram tópicos-guia previamente elaborados. As entrevistas foram utilizadas como um recurso destinado a fornecer informações pertinentes ao objeto de pesquisa¹⁷, bem como compreender as relações dos atores sociais e o contexto em que os profissionais estão inseridos¹⁸.

Os tópicos-guia foram elaborados com o intuito de responder aos questionamentos inerentes aos objetivos da pesquisa. As questões norteadoras buscaram contextualizar as ações da APS nos municípios, sobretudo aquelas direcionadas aos idosos institucionalizados.

Assim, nas entrevistas solicitava-se aos indivíduos que falassem livremente a partir dos seguintes questionamentos: «Há quanto tempo a ESF foi implantada no município?»; «Como está estruturada actualmente a ESF?»; «Em relação às unidades de atenção primária no município, como funcionam?»; «Existem ações direcionadas a grupos prioritários?»; «Quais são esses grupos prioritários?»; «Existem ações de saúde específicas para os idosos no município?»; «A APS desenvolve ações com os idosos institucionalizados?». As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas.

Análise dos dados

A análise do material discursivo recolhido nas entrevistas foi realizada pelo software de análise quantitativa de dados textuais *Analyse Lexicale par Contexte d'un Esemble de Segments de Texte (ALCESTE)*¹⁹, versão 4.9 para Windows.

O ALCESTE agrupa raízes semânticas definindo-as por classes, levando em consideração a função da palavra dentro de um dado texto. Portanto, é possível quantificar como inferir sobre a delimitação das classes, que são definidas em função da ocorrência e da co-ocorrência das palavras e da sua função textual²⁰.

A interpretação das classes lexicais, conforme preconiza Oliveira²¹, resultou em temas que foram submetidos a uma leitura teórica, em função do interesse dos pesquisadores e das relações evidenciadas. O processo de nomeação dos eixos e das classes ocorreu através de consultoria *ad hoc* com 3 consultores independentes.

O material transcrito constituiu um único arquivo, chamado *corpus*. A preparação do *corpus* incluiu a definição das unidades de contexto inicial (UCI)²⁰. O software faz análise estatística textual através de uma análise léxica em 4 etapas. A primeira organiza o material reconhecendo as UCI, dividindo-se em segmentos de texto; as unidades de contexto elementar (UCE), agrupando as ocorrências das palavras em função das suas raízes e realizando o cálculo das suas respectivas frequências. Posteriormente, classifica as UCE, de forma a obter o maior valor possível numa prova de associação (qui-quadrado). Na terceira etapa, são descritas as classes encontradas que são compostas em UCE com vocabulário semelhante. Na quarta etapa, são fornecidas as UCE mais características de cada classe, permitindo que se tenha o contexto de ocorrência do vocabulário²².

Aspectos éticos

Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CEP-UFRN), sob o número SISNEP 0033.0.051.000-06.

Tabela 1 – Caracterização dos gestores entrevistados nos 11 municípios brasileiros, segundo município, cargo, formação acadêmica e tempo de experiência na gestão de saúde. Natal, 2015

Município	Cargo	Formação	Experiência (anos)
Natal, RN	Secretário de saúde	Administração	3,0
	Coordenador de saúde bucal	Odontologia	12,0
	Coordenador de saúde do idoso	Psicologia	1,0
Arapiraca, AL	Secretário de saúde	Serviço social	20,0
	Coordenador de saúde bucal	Odontologia	11,0
Crato, CE	Secretário de saúde	Enfermagem	2,6
	Coordenador de saúde bucal	Odontologia	1,5
Ji Paraná, RO	Secretário de saúde	Administração	2,75
	Coordenador de saúde bucal	Odontologia	2,4
	Coordenador de saúde do idoso	Economia	9,0
Araguaína, TO	Secretário de saúde	Odontologia	7,0
	Coordenador de saúde bucal	Odontologia	10,0
	Coordenador de saúde do idoso	Enfermagem	1,0
Rio Verde, GO	Secretário de saúde	Medicina	30,0
	Coordenador de saúde bucal	Odontologia	20,0
Rondonópolis, MT	Secretário de saúde	Serviço social	16,0
	Coordenador de saúde bucal	Odontologia	5,0
	Coordenador de saúde do idoso	Educação física	4,0
Maringá, PR	Secretário de saúde	Odontologia	2,0
	Coordenador de saúde bucal	Odontologia	22,0
	Coordenador de saúde do idoso	Enfermagem	4,5
	Assessor de planejamento	Administração	2,0
Bagé, RS	Secretário de saúde	Medicina	4,5
	Coordenador de saúde bucal	Odontologia	0,5
Poços de Caldas, MG	Secretário de saúde	Medicina	1,5
	Coordenador de saúde bucal	Odontologia	2,0
Magé, RJ	Secretário de saúde	Direito	2,0
	Coordenador de saúde bucal	Odontologia	2,0

Resultados

O total de gestores que participaram na pesquisa foi de 28 indivíduos, relacionados à gestão de políticas públicas de saúde, pertencentes aos 11 municípios e distribuídos nas 5 regiões geográficas do Brasil.

A amostra foi composta por 13 gestores do sexo feminino (46,4%). Em relação à faixa etária, 17,85% possuíam entre 30-40 anos, 14,28% entre 41-50 anos, 17,85% entre 51-60 anos e 7,14% possuíam mais de 61 anos. No tocante ao tempo de experiência na gestão, constatou-se que 17,85% possuíam até um ano de experiência na gestão pública, 13 (46,42%) de 2-5 anos, 3 (10,71%) de 6-10 anos e 7 (25%) dos entrevistados possuíam mais de 11 anos de experiência na gestão pública. Ademais, em relação à distribuição dos entrevistados nos municípios, aos cargos ocupados, bem como a formação acadêmica pode-se observar na [tabela 1](#).

O reduzido número de coordenadores de saúde do idoso deve-se ao facto de somente 5 municípios contarem com a presença desse tipo de gestor.

A análise das entrevistas resultou em um aproveitamento de 76% do *corpus*. A classificação hierárquica descendente determinou 2 eixos e 5 classes temáticas. O aproveitamento do *corpus*, de acordo com Camargo²⁰, foi considerado um adequado desempenho para classificação hierárquica descendente. O ALCESTE identificou 28 UCI e 411 UCE.

A [figura 1](#) apresenta o dendograma com a descrição das palavras e radicais de palavras que integraram cada uma das 5 classes. O primeiro eixo foi denominado «Funcionamento

da APS» e foi constituído das seguintes classes: Classe 1, com 11% das palavras analisadas, retrata a «consolidação da ESF»; Classe 3, com 31% das palavras analisadas, trata das «dificuldades no gerenciamento dos profissionais da ESF»; Classe 4, com 9% das palavras analisadas, evidencia a «interferência da política local nas ações de saúde» e Classe 5, que contém 37% das palavras analisadas e aponta para a «necessidade de atenção especializada em saúde».

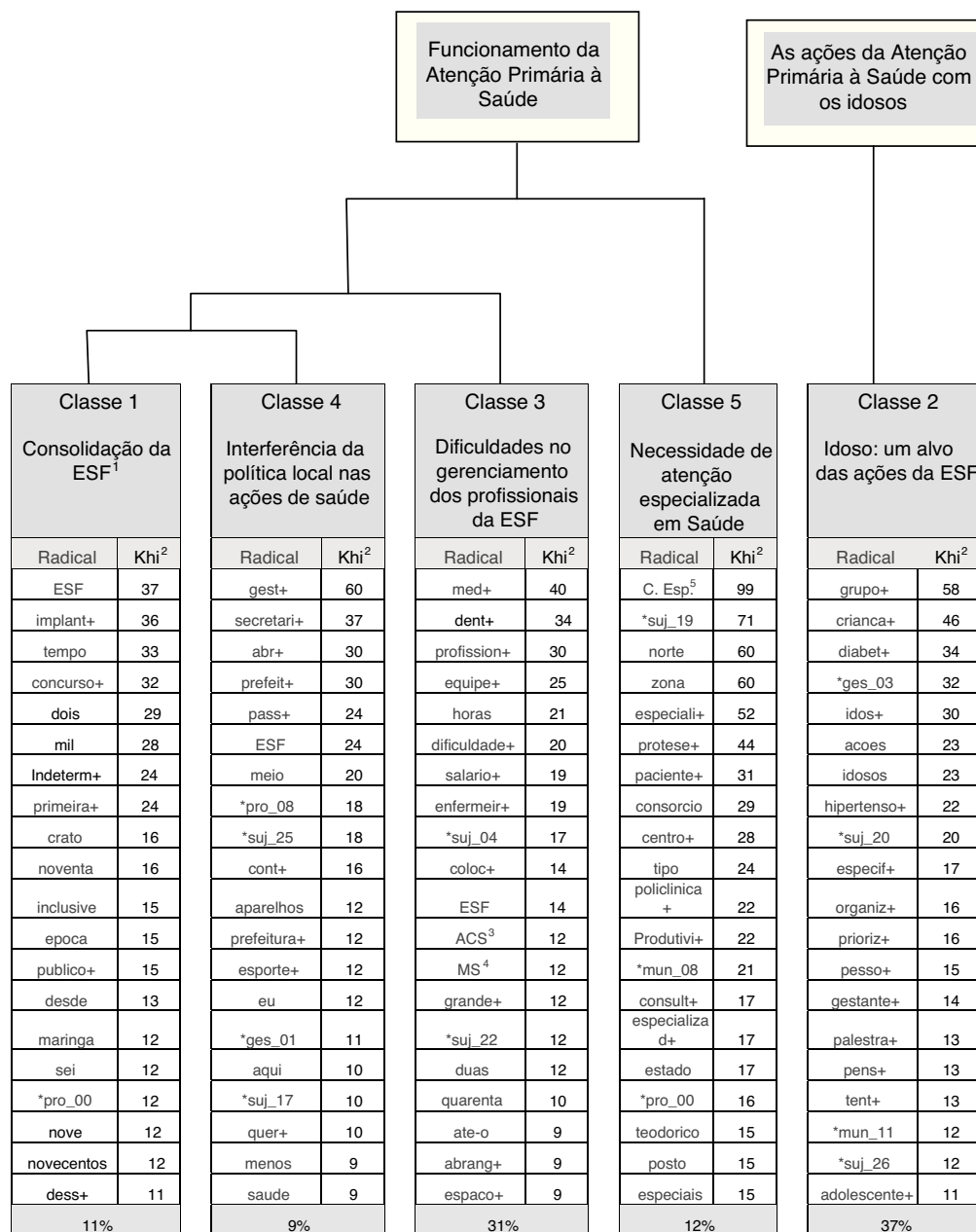
O segundo eixo, denominado «As ações da APS com os idosos», é constituído pela Classe 2, com 37% das palavras analisadas, e mostra o tema «Idoso: um alvo das ações da ESF».

Discussão

Primeiro eixo – Funcionamento da atenção primária à saúde

Na Classe 1, intitulada «Consolidação da ESF», observa-se, em grande parte dos discursos dos entrevistados, um breve relato histórico do início e da atual situação da ESF, e das equipas nas cidades pesquisadas.

A implantação da ESF surge em um contexto¹ no qual, a necessidade de adoção e reformulação de novas políticas² públicas eram emergencialmente necessárias. A conceituação do que seriam as políticas públicas seria a de conjuntos de disposições, medidas e procedimentos, que orientam a política do Estado, e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público². Dentro dessa temática inserem-se as políticas públicas em saúde que



1. ESF: Estratégia Saúde da Família; 2. Qui-quadrado; 3. ACS: Agente Comunitário de Saúde; 4. MS: Ministério da Saúde; 5. Centro de Especialidades.

Figura 1 – Dendograma com as representações dos eixos e das suas respectivas classes. Natal, 2015.

integram o campo de ação societal do Estado, orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, societal e do trabalho. A tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área societal consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

A promulgação da Constituição Brasileira⁶ trouxe um caráter reformador para a saúde pública no país, instituindo a criação do sistema único de saúde (SUS) e a posterior implantação da ESF; permitiu a criação do ideal do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da atenção à saúde da população⁷.

Analisando as entrevistas, denota-se a sincronia entre os períodos de início da ESF na maioria dos 11 municípios, assim como a existência das equipas, configurando-se como um aspecto positivo dentro da proposta do projeto de expansão da ESF nos municípios brasileiros, a fim de proporcionar o acesso da população aos serviços de saúde^{23,24}. Encontram-se, abaixo descritos, fragmentos das entrevistas, que corroboram o explicitado na literatura e nas políticas públicas.

«(...) A ESF em Natal foi implantada desde o ano de 1997, nós contamos hoje com 111 equipas; dessas 111 nós estamos com 17 equipas descobertas sem médicos, mas com outros profissionais. (...)» – Entrevistado 07.

Entretanto, atenta-se para a implantação tardia da equipa de saúde bucal na ESF, em grande parte das cidades, o que se pode inferir em uma ruptura da atenção integral à saúde.

«(..) Em janeiro de 2006, foi realizado um concurso público, por tempo indeterminado, para toda a ESF, e para toda a parte do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e implantando a ESF bucal, porque até então não existia o ESF bucal. (...)» – Entrevistado 17.

O conceito de atenção integral à saúde compreende o reconhecimento pela APS das necessidades de saúde da população e dos recursos para abordá-las. Assim, a atenção primária deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns, e agir como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devam ser atendidas noutros pontos de atenção. A integralidade da atenção é um mecanismo importante, na medida em que assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população⁵.

A precária atuação inicial da equipa da saúde bucal na atenção primária, e especificamente no cuidado a saúde dos idosos, configura-se como um fator preocupante, sobretudo em relação aos idosos institucionalizados, pois as condições de saúde bucal são fundamentais para a garantia de saúde e qualidade de vida dos indivíduos²⁵.

Observa-se, então, a necessidade de estabelecer um programa para a saúde bucal dos idosos, sobretudo ao considerar estudos que relatam a associação entre bactérias presentes nos biofilmes aderidos nas próteses odontológicas e a causa de infecções respiratórias, no caso de indivíduos desdentados²⁶⁻²⁸, e no caso de idosos dentados, uma possível correlação entre infecções gengivais e doenças sistêmicas²⁹, fatores que agravam substancialmente a condição de saúde dessa população.

Na Classe 3, denominada «*Dificuldades no gerenciamento dos profissionais da ESF*», pode-se inferir acerca da composição das equipas de saúde da família da ESF das cidades estudadas. Ademais, também foi identificada, com uma percentagem de repetição relativamente elevada no estudo, a palavra «dificuldade» ($Khi^2=20$), sendo um dos destaques da análise dessa classe. A ausência do profissional médico para a composição completa da equipa foi elencada como um problema importante. Relatam-se também, nos discursos dos entrevistados, as dificuldades enfrentadas na situação precária de infraestruturas nas unidades de atenção primária, constituindo-se como um grave e crónico^{24,30} problema do sistema público de saúde no Brasil, conforme pode-se notar nos discursos dos gestores.

«(..) A gente não consegue por falta de profissionais médicos, no Estado todo tem esse déficit de médicos. Uma das grandes dificuldades que nós tínhamos na época era a rotatividade destes profissionais. Estão indo para outros municípios vizinhos, porque a oferta financeira e de qualidade de vida era melhor, como transporte, alimentação, hospedagem. (...)» – Entrevistado 04.

Ademais, observou-se as condições de carga horária e alta rotatividade de profissionais, os quais não se sentiam atraídos em permanecer no emprego. Dentro dessa temática, questiona-se a eficácia das práticas das políticas públicas, nas quais apresentam e exigem, através de portarias, uma participação e atuação maciça e completa dos profissionais. Entretanto, devido a diversos fatores, entre eles, a dissonância

entre as gestões (municipais, estaduais e federais), falha-se nos investimentos necessários à atenção primária e tampouco se consegue fiscalizar a prestação de serviços ofertados, configurando-se grandes dificuldades de atuação e progresso da atenção primária e, conseqüentemente, do SUS. Perante tais dificuldades enfrentadas, atenta-se para suas possíveis interferências no papel da equipa da ESF diante do atendimento ao idoso. A necessidade da atenção constante que a equipa de saúde deve fornecer à pessoa idosa, quanto ao seu bem-estar, ao cotidiano funcional e integração familiar e societal³¹, pode não ser realizado de forma plena e eficaz, acarretando prejuízos no cuidar do idoso. Nesse contexto, enfatiza-se os déficits no atendimento, principalmente da população idosa institucionalizada que, muitas vezes, depende das unidades de atenção primária para o acesso à saúde.

A Classe 4 trata da «*Interferência da política local nas ações de saúde*», e isso é destacado sobretudo nos períodos de transição de gestão, que, no Brasil, ocorrem a cada 4 anos. Pode-se verificar no discurso dos gestores, como as questões eleitorais e as mudanças nas gestões municipais interferem no processo de consolidação da ESF, como estratégia de reorganização da APS no país. Tal situação é relatada no trecho do discurso que segue:

«(..) Mas houve a eleição, a direção de política passou para outro partido e essa nova gestão a princípio não entendia muito bem a ESF... Mas quando a prefeitura entendeu a ESF, ela queria abrir ESF em todas as esquinas. (...)» – Entrevistado 25.

Outra questão importante foi a busca dos gestores pela expansão e melhoria na estrutura da ESF nos municípios, mesmo diante das dificuldades apresentadas. Sabe-se que os problemas na gestão municipal da saúde, sobretudo no que diz respeito à autonomia na administração dos recursos e instabilidade dos quadros dirigentes, podem estar relacionados com a situação analisada³². Ademais, são notórias as dificuldades de expansão e implantação do PSF nas grandes cidades do Brasil, tais como: dificuldade na mudança dos processos de trabalho e insuficiência da estrutura física e de recursos humanos³².

Na análise da Classe 5, denominada «*Necessidade de atenção especializada em saúde*», infere-se acerca da existência e implantação principalmente de serviços especializados para garantir o processo de referência e contrarreferência, e, conseqüentemente, a atenção integral. Nessa perspectiva, destacam-se os municípios de Crato e Maringá, que apresentavam esse tipo de serviço. Essa classe emerge a partir da constatação dos gestores municipais da profunda necessidade de aprimoramento da atenção primária, ou seja, os gestores sinalizam a necessidade de ampliar a atenção em saúde através da oferta de serviços de saúde especializados, como os núcleos de apoio à saúde da família (NASF), os centros de especialidades odontológicas (CEO) e as policlínicas que devem compor a RAS⁵.

A RAS é constituída por um conjunto de organizações que prestam ações e serviços, de diferentes densidades tecnológicas, com vistas à integralidade do cuidado. Essas organizações interagem por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão⁵. A atenção secundária ou especializada é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e

hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, e atendimento de urgência e emergência³³.

O NASF, em contraste com os modelos convencionais de prestação de cuidados, busca operar numa lógica de corresponsabilização e gestão integrada do cuidado, por meio de atendimentos e projetos terapêuticos, que envolvam os utentes e considerem a singularidade das pessoas assistidas³⁴. No fragmento de discurso abaixo, o gestor relata a importância do NASF na oferta de serviços públicos de saúde à população:

«(...) Os NASF também, que é o núcleo de apoio da saúde da família que eles também acompanham, porque eles têm psicólogo, nutricionista, assistente social, que são profissionais que a gente não tem na equipa da saúde da família. Então isso já dá um apoio muito grande aos profissionais (...)» – Entrevistado 07.

Os CEO têm sido a estratégia da Política Nacional de Saúde Bucal (*Brasil Sorridente*) para garantir a atenção especializada em saúde bucal. Esses serviços devem se constituir em unidades de referência para a atenção primária, integrados no processo de planejamento locoregional, ofertando minimamente as especialidades: periodontia; endodontia; atendimento a pacientes com necessidades especiais; diagnóstico bucal com ênfase na detecção do câncer de boca; e cirurgia oral menor³⁵. A relevância do CEO é destacada no trecho abaixo:

«(...) Já que o município tem o centro de especialidade odontológica, que é uma retaguarda a toda uma odontologia preventiva e básica que é executada em todas as unidades básicas de saúde do município... (...)» – Entrevistado 22.

As policlínicas são consideradas serviços de referência em atenção especializada no âmbito regional e têm conquistado um público específico da população. São estruturas de articulação, organização e coordenação regional da atenção à saúde, e têm como característica a responsabilidade sanitária pela atenção primária da população ao seu entorno e a oferta especializada de serviços, segundo referência da ESF³⁶.

Assim, debate-se a importância da integralidade da saúde, contrapondo-se ao que é visto em muitas cidades, nas quais, somente o atendimento focado no médico ou de enfermeiros é tido como prioritário, além das deficitárias ações e discursos direcionados à população habitante em ILPI.

Os resultados discutidos apontam na direção das barreiras para o funcionamento e progressão da APS. Nessa perspectiva, considera-se que é significativo o desafio de proporcionar uma atenção integral e de qualidade a toda a população, e torna-se ainda mais preocupante garantir essa atenção para a população idosa.

Segundo eixo – As ações na atenção primária à saúde com os idosos

A Classe 2, intitulada «Idoso: um alvo das ações da ESF», traz os idosos como um dos grupos em que as equipas de saúde da família realizam atividades. Essa foi a única classe a mencionar o indivíduo idoso no discurso dos indivíduos.

Os entrevistados elencaram as ações desenvolvidas na APS com o grupo de diabéticos e hipertensos (HIPERDIA). O grupo populacional mais contemplado com essas atividades são os idosos. Outros coletivos também são destacados, como os grupos das gestantes e das crianças, de acordo com o preconizado pela PNAB⁴.

Os gestores, que compuseram o discurso dessa classe, foram os coordenadores de saúde do idoso. Quando questionados acerca dos idosos, relataram as atividades da APS pré-existentes, ou seja, as ações com o grupo de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA). Enfocaram também as atividades correlacionadas com a prevenção de doenças e agravos (estímulo de atividade física) e evidenciaram as dificuldades de realizar ações complexas, que possam proporcionar uma atenção primária mais eficaz.

O discurso de um dos gestores, que relata ações diferentes das encontradas nos outros municípios, salienta um enfoque nas doenças crônico-degenerativas³⁷, sendo estas as de maior prevalência e crescimento na população idosa:

«(...) Palestras, eventos, passeios além do centro... (...) É o centro mais focado na parte mental, mal de Parkinson, Alzheimer, essas doenças neurológicas, de uma forma geral. Tem a parte de doenças reumáticas e funciona como o centro especial do idoso, e tem a parte de fisioterapia, odontologia... Então, a maioria das ações a gente desenvolve lá mesmo (...)» – Entrevistado 3.

Diante do resultado da análise da classe, verifica-se a precariedade de ações complexas e de forma a integralizar o cuidar do idoso. Ademais, como fator agravante da situação, constata-se, no discurso dos gestores, a escassez^{38,39}, e, até mesmo, a inexistência de ações direcionadas à população senil habitante das ILPI. Diante desses factos, percebe-se a assincronia das ações de grande parte da gestão pública brasileira, diante do que é preconizado nas diretrizes de políticas públicas de saúde ao idoso^{8,9}.

Nesse sentido, Barrios e Fernandes⁴⁰ afirmam que a implementação de estratégias orientadas para a melhoria das condições de vida da população que envelhece decorre da intervenção, integrada ou não, dos atores públicos e privados, como as autarquias, as associações, das organizações não-governamentais (ONG), entre outras, ou seja, há necessidade de uma ação de toda a sociedade no sentido de garantir um processo de envelhecimento digno.

Finalmente, as ações identificadas na APS, direcionadas aos idosos institucionalizados, a partir da óptica dos gestores municipais no Brasil foram escassas e, em alguns municípios, inexistentes. A classe 2 foi a única em que emergiu a temática do idoso na atenção primária. O tema foi tratado de maneira fragmentada, na medida em que os entrevistados destacaram as ações desenvolvidas com o grupo de diabéticos e hipertensos (HIPERDIA), e o grupo populacional mais contemplado com essas atividades são os idosos. Esse facto demonstra a imprecisão das ações específicas e de qualidade para esse grupo populacional, ou seja, aspectos discrepantes dos preconizados nas políticas de saúde pública aos idosos. E, apesar dos entrevistados serem questionados sobre a população idosa institucionalizada, nenhum dos gestores mencionou ações específicas para esse grupo.

No tocante à concordância entre as diversas realidades estudadas com a PNAB, os resultados mostraram que o tempo

de implantação da ESF nos municípios coincide com o preconizado pela política, o que se constitui um aspecto positivo. Entretanto, a implantação tardia das equipes de saúde bucal na ESF, a ausência de profissionais médicos, a rotatividade dos profissionais nas equipes e os problemas na infraestrutura das unidades de atenção primária, representam uma ruptura da atenção integral à saúde. E as mudanças locais na gestão interferem diretamente nas ações da ESF, dificultando sua consolidação.

Diante desse quadro, e considerando que essa pesquisa representa o Brasil, a situação mostra-se preocupante e direciona para a necessidade de investir na atenção centrada no paciente idoso residente em ILPI, considerando, sobretudo, as contribuições dadas por esse grupo de pessoas para o crescimento e desenvolvimento do país nas últimas décadas.

Agradecimentos

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Veras RP, Caldas CP. A promoção da saúde de uma população que envelhece. In: Dallepiane LB, editor. *Envelhecimento humano: campo de saberes e práticas em saúde coletiva*. Rio Grande do Sul: Editora Unijuí; 2009. p. 57-80.
2. Lucchese PTR. Políticas públicas em saúde pública. São Paulo: BIREME, OPAS, OMS; 2004.
3. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 6-12 de setembro 1978, Alma-Ata, USSR. Declaração de Alma-Ata. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2001.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica: Portaria no 2488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde: Portaria no 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
6. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 5 de outubro de 1988. São Paulo: Editora Atlas; 1991.
7. Brasil. Política Nacional do Idoso: Lei n° 8.842 de 04 de janeiro de 1994. Brasília: Diário Oficial da União; 1994.
8. Brasil. Estatuto do Idoso. Lei n° 10.741 de 1° de outubro de 2003. Brasília: Diário Oficial da União; 2003.
9. Brasil. Política Nacional de Saúde do Idoso: Portaria n° 1.395 de 10 de dezembro de 1999. Brasília: Diário Oficial da União; 1999.
10. Brasil. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: Portaria n° 2.528 de 19 de outubro de 2006. Brasília: Diário Oficial da União; 2006.
11. Brasil. Pacto pela saúde: consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais: Portaria n° 399 de 22 de fevereiro de 2006. Brasília: Diário Oficial da União; 2006.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006; 12).
13. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009;43:548-54.
14. Gordilho A, Nascimento JS, Ramos LR, Freire MPA, Espindola N, Maia R, et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2000.
15. Swartz K, Miale N, Farag N. Long-term care: Common issues and unknowns. *J Policy Anal Manage*. 2012;31:139-52.
16. Camarano AA, Andrade A, Mello JL, Christophe M, Epifanio S, Kanso S, et al. Características das instituições de longa permanência para idosos. Brasília: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA); 2008.
17. Kahn RL, Cannell CF. The dynamics of interviewing: Theory technique and cases. N. York: John Wiley; 1962.
18. Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2002.
19. Reinert M. Une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application. *BMS*. 1990;28:24-54.
20. Camargo BV. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Moreira AS, editor. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: UFPB. Editora Universitária; 2005.
21. Oliveira DC, Sá CP, Fischer FM, Martins IS, Teixeira LR. Futuro e liberdade: o trabalho e a instituição escolar nas representações sociais de adolescentes. *Estud Psicol*. 2001;2:6-17.
22. Kalampalikis NL. Apport de la method Alceste dans l'analyse des representations sociales. In: Abric JC. *Methodes d'etude des representations sociales*. Ramonville Saint-Agne: Eres; 2003.
23. Sartil TD, Campos CEA, Zandonade E, Ruschi GEC, Maciel ELN. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2012;28:537-48.
24. Salzano FM. Saúde pública no primeiro e terceiro mundos: desafios e perspectivas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7:7-16.
25. Piuvezam G, de Lima KC. Factors associated with missing teeth in the Brazilian elderly institutionalised population. *Gerodontology*. 2013;30:141-9.
26. Sumi Y, Kagami H, Ohtsuda Y, Kakinoki Y, Haruguchi Y, Miyamoto H. High correlation between the bacterial species indurante plaque and pharyngeal microflora. *Gerodontology*. 2003;20:84-7.
27. Sumi Y, Miura H, Sunakawa M, Michiwaki Y, Sakagami N. Colonization of denture plaque by respiratory pathogens in dependent elderly. *Gerodontology*. 2002;19:30-7.
28. Imisand M, Janssens J-P, Auckenthaler R, Mojon P, Budtz-Jorgensen E. Bronchopneumonia and oral health in hospitalized older patients: A pilot study. *Gerodontology*. 2002;19:80-5.
29. Meruman JH, Pajukovski H, Snellman S, Zelier S, Sulkava R. Oral infections in home-living elderly patients admitted to an acute geriatric ward. *J Dent Res*. 1997;76:1271-6.
30. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev Saúde Pública*. 1987;21:200-10.
31. Silvestre JA, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2003;19:839-47.
32. Cardoso MA, Silva LMV. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). *Cad Saúde Pública*. 2012;28:1273-84.
33. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21:e8. Spec.

34. Souza FLD, Chacur EP, Rabelo MRG, Silva LAM, Vilela WV. Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário. *Saúde Debate*. 2013;37:233-40.
35. De Goes PSA, Figueiredo N, das Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Pucca Júnior GA, et al. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(Sup):81-9.
36. De Albuquerque FJB, Melo CF. Avaliação dos serviços públicos de saúde em duas capitais nordestinas do Brasil. *Psic. Teor. e Pesq.* 2010;26:323-30.
37. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2003;19:793-7.
38. Del Duca GF, da Silva SG, Thumé E, Santos IS, Hallal PC. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Rev Saúde Pública*. 2012;46:147-53.
39. Goldani AM. Relações intergeracionais e reconstrução do estado de bem-estar: por que se deve repensar essa relação para o Brasil? In: Camarano A, editor. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60*. Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p. 211-50.
40. Bárrios MJ, Fernandes AA. A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Rev Port Saúde Pública*. 2014;32:188-96.