

O cuidado prestado pela Estratégia Saúde da Família na percepção das mulheres idosas

The care provided by the Family Health Strategy in the perception of elderly women

Atención proporcionada por la Estrategia Salud de la Familia en la percepción de las mujeres ancianas

Kelly Karine Pasqual¹, Katia Terezinha Alves Rezende², Mara Quaglio Chirelli³

Resumo: Introdução: Com o aumento da expectativa de vida, o Brasil está passando por um período de transição epidemiológica, havendo maior proporção de mulheres do que de homens com idade avançada, fenômeno conhecido como a feminização da velhice. **Objetivo:** analisar a concepção da mulher acima dos 60 anos sobre o cuidado em saúde promovido pela ESF. **Método:** pesquisa qualitativa, com uso de entrevista semiestruturada para coleta de dados, realizada em Unidades de Saúde da Família. Os sujeitos são mulheres com idade igual ou acima dos 60 anos, seleção por amostra aleatória simples, totalizando 30 mulheres. Discussão e análise foram submetidas à análise de conteúdo, modalidade temática. A partir do agrupamento dos núcleos de sentido, foi formado o tema: o acesso às tecnologias em saúde e o vínculo na percepção das

mulheres. **Resultados:** a estrutura dos serviços de saúde dificulta que os sujeitos contemplem suas necessidades, ou seja, estes comparecem às unidades solicitando procedimentos, exames complementares, pois são ações como essas que sempre ofertaram. **Conclusão:** a ESF deve possibilitar o acesso e o desenvolvimento da autonomia, principalmente no envelhecimento, período onde o sujeito apresenta uma pluralidade de necessidades que vão além de ações instituídas, visando o cuidado integral.

Descritores: Saúde do idoso. Saúde da mulher. Atenção primária à saúde.

Abstract: Introduction: with the increase in life expectancy, Brazil is going through a period of epidemiological transition, with a higher proportion of women than men with advanced age, a phenomenon known as the feminization of old age. **Objective:** To analyze the conception of women over 60 years on health care sponsored by the ESF.

Method: qualitative research, using semi-structured interviews for data collection held in the Family Health Units. The

¹ Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP, Brasil. E-mail: kekapasqual@hotmail.com

² Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP, Brasil. E-mail: katia@famema.br

³ Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP, Brasil. E-mail: mara@famema.br

subjects are women aged over 60 years, selection by simple random sample, totaling 30 women. Discussion and analysis were subjected to content analysis, thematic modality. Access to technologies in health and the bond in the perception of women: From the grouping of units of meaning, the theme was formed: access to technologies in health and the bond in the perception of women.

Results: the structure of health services makes it difficult for users to contemplate your needs, that is, they attend to the units requesting procedures, laboratory tests, it is actions like these that always tendered.

Conclusion: The ESF must provide access and the development of autonomy, particularly in aging, period in which the subject has a plurality of needs that go beyond established actions, aimed at comprehensive care.

Keywords: Health of the elderly. Women's health. Primary health care.

Resumen: **Introducción:** Con el incremento de la esperanza de vida, el Brasil está pasando por un período de transición epidemiológica, con una mayor proporción de mujeres que de hombres con la edad, un fenómeno conocido como la feminización de la vejez. **Objetivo:** analizar la concepción de las mujeres mayores de 60 años en la atención de

salud patrocinados por el ESF. **Método:** investigación cualitativa, a través de entrevistas semi-estructuradas para recopilar datos contenidos en las Unidades de Salud de la Familia. Los sujetos son mujeres mayores de 60 años, la selección por muestreo aleatorio simple, por un total de 30 mujeres. Discusión y análisis fueron sometidos a análisis de contenido, modalidad temática. El acceso a las tecnologías de la salud y el vínculo en la percepción de la mujer: de la agrupación de unidades de significado, se formó el tema.

Resultados: la estructura de los servicios de salud hace que sea difícil para los usuarios contemplan sus necesidades, es decir, que asisten a las unidades de solicitar procedimientos, pruebas de laboratorio, es acciones como estas que siempre licitados. **Conclusión:** El ESF debe proporcionar el acceso y el desarrollo de la autonomía, sobre todo en el envejecimiento, periodo en el que el sujeto tiene una pluralidad de necesidades que van más allá de las acciones establecidas, dirigidas a la atención integral.

Descriptor: Salud del anciano. Salud de la mujer. Atención primaria de salud.

Introdução

O envelhecimento é um processo constituído de múltiplas dimensões, devido ao avanço da idade cronológica, além das relações dos sujeitos no seu contexto social modificarem o curso de suas vidas. Considera-se também que não é igual para todos, devido aos processos de construção social, como a interferência de processos discriminatórios e de exclusão, ligados ao gênero, à etnia, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia, entre outros⁽¹⁾. Nesse sentido, a posição social dos “velhos” na comunidade e nas famílias e o tratamento que lhes deve ser dispensado pelos mais jovens, nesta perspectiva, são diferentes^(2,3).

No Brasil, o debate sobre os direitos na velhice surge, principalmente, na década de 70, quando a previdência social previu o benefício de um salário mínimo para o idoso que não possuía outros meios de subsistência, porém, são movimentos sociais, como a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), que lutaram pela construção de uma política social do idoso na época. Nos anos 80, a redemocratização possibilita a formação de diversos movimentos sociais que lutam pelo direito do idoso e o tornam parte das conquistas

elencadas na constituição de 1988, surgindo, então, o idoso como ator político, que se articula e luta pela sua causa⁽⁴⁾.

Na década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta o conceito de envelhecimento ativo como um avanço sobre o envelhecer, pois o concebe como um processo que visa a ampliar as oportunidades de saúde, a participação e segurança, com o objetivo de melhorar as condições de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas⁽⁵⁾. Minayo⁽²⁾ também avança no sentido de contextualizar a terceira idade como uma nova categoria social que designa o ativo e independente. No envelhecimento ativo, o sujeito participa no contexto sócio-cultural em que está inserido, logo é autônomo e capaz de gerir sua vida, tomar decisões e exercer seus direitos e deveres enquanto cidadão. O sujeito ativo é integrante de sua comunidade e nela constrói representações sociais, participa e pode determinar o seu modo de viver.

Adultos e jovens reconhecem esta fase da vida, não somente como observadores, mas como participantes do envelhecimento dos demais e do seu próprio processo de envelhecer. Para tanto, é necessário compreender quais são as necessidades de saúde que envolvem o

envelhecimento. Cecílio apresenta uma taxonomia em que as necessidades de saúde dos sujeitos são pautadas nas boas condições de vida, acesso ao consumo de tecnologias de saúde capazes de melhorar e prolongar a vida, criação de vínculos a/efetivos entre usuários e equipe de saúde e graus crescentes de autonomia, que devem produzir, nos sujeitos e no coletivo, mudanças no modo de andar a vida.² Neste sentido, esse referencial tem auxiliado na captação das necessidades tanto para o cuidado individual como para o cuidado coletivo na perspectiva da integralidade.

O decreto 8.114 determina o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo que apresenta entre os seus objetivos promover o envelhecimento ativo, criando ambientes favoráveis que contribuam com o protagonismo da pessoa idosa, sua autonomia e independência; articulação intersetorial, para garantir a integralidade do cuidado ao idoso e sua família; apoio ao núcleo familiar, à convivência comunitária e intergeracional; acesso do idoso ao aprendizado e à cultura; proteção e defesa do direito da pessoa idosa. Tais premissas buscam inserir e manter o idoso autônomo, com acesso aos serviços de saúde e de proteção social e com boas condições de vida⁽⁶⁾.

No contexto destas condições, ao discutir esperança de vida, devemos destacar as diferenças entre os sexos. Na América Latina e Caribe, como em outras partes do mundo, as previsões apontam que as mulheres continuarão tendo uma vantagem na esperança de vida em relação aos homens⁽⁷⁾. Tal fenômeno é conhecido como a “feminização da terceira idade”, fato que repercute nas estatísticas ao apontar que, em média, as mulheres brasileiras vivem oito anos a mais que os homens⁽⁸⁾.

Considerando este cenário, estas mulheres demandavam acesso aos serviços de saúde de diferentes formas para a realização de cuidados frente às suas condições de vida. Porém, até a década de 1970, a abordagem à mulher se voltava a uma visão restrita, somente biológica. Os programas e ações propostos pelo governo federal não tinham integração entre si e eram verticalizados, resultando na fragmentação da assistência e no baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher. A atenção se limitava às demandas relativas à gravidez e ao parto, traduzindo uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação,

educação e cuidado com a saúde dos filhos e dos demais familiares⁽⁹⁾.

Em 1984, com a ampliação do acesso aos serviços de saúde no Brasil, gerada pela política de saúde das Ações Integradas de Saúde (AIS), e a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), houve uma ruptura conceitual com os princípios norteadores das políticas de atenção à mulher. O critério de eleição de prioridades do ciclo gravídico-puerperal foi ampliado, tornando a mulher de todas as faixas etárias sujeito de direito, com necessidades que extrapolavam a gestação e o parto, demandando ações para melhores condições em todo o ciclo da vida⁽¹⁰⁾. Apesar dos pressupostos do PAISM, o balanço institucional das ações realizadas no período de 1998 a 2002 indicava várias lacunas, incluindo a atenção ao climatério/menopausa, às queixas ginecológicas, à infertilidade e reprodução assistida, à saúde da mulher na adolescência e a mulheres portadoras de doenças crônico-degenerativas, problemas ocupacionais, mentais e doenças infecto-contagiosas⁽¹¹⁾.

O Plano Nacional de Política para as Mulheres, apresentado em 2004, adotou os princípios da humanização e da qualidade da atenção em saúde como condições essenciais para que as ações de

saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e respeito aos seus direitos e na promoção do auto cuidado⁽¹²⁾.

Considerando que o Brasil praticamente dobrou o nível de esperança de vida, relativamente em poucas décadas, principalmente entre as mulheres, e que novas políticas ao idoso e à saúde da mulher foram criadas para efetivar o cuidado na perspectiva do sujeito, entendemos que há possibilidades para se trabalhar ações que vão ao encontro não somente da questão da doença, mas também que promovam e protejam a saúde, como, por exemplo, a Estratégia Saúde da Família (ESF), que permite a aproximação com as mulheres no sentido de ampliar e repensar o cuidado a elas.

A sociedade, em geral, e os profissionais de saúde, em particular, não reconhecem o papel social assumido pelas mulheres partindo do pressuposto de que são idosas, com limitações ligadas à idade. Diante do exposto, nos indagamos: qual a percepção destas mulheres em relação ao cuidado em saúde promovido nesta fase da vida? Nesse sentido, compreendemos que, para a mulher,

envelhecer pode trazer sentimentos ambíguos, como a satisfação em conseguir chegar a essa fase da vida, porém, temer o que tal momento pode acarretar, como, por exemplo, mudança da aparência, perda de pessoas com quem possui vínculo, entre outros. Dessa forma, as diferentes concepções sobre o envelhecer podem influenciar na maneira de buscar o cuidado e no que se pretende com realação a ele. Perante esse cenário, traçamos o objetivo de analisar a percepção das mulheres acima dos 60 anos sobre o cuidado em saúde promovido pela ESF.

Método

O caminho metodológico escolhido foi à abordagem qualitativa. O estudo foi realizado no município de Marília-SP, com uma população estimada de 216.745 habitantes. O município possui 34 USFs (Unidades de Saúde da Família) e 12 UBSs (Unidades Básicas de Saúde). As Unidades participantes deste estudo foram selecionadas pelo critério de maior população de mulheres idosas por região da cidade. O estudo foi realizado nas Unidades: USF A. (Região Leste); USF S. (Região Sul); USF F. (Região Norte); USF P. (Região Rural) e USF C. (Região Oeste). A porcentagem de idosos se assemelha nas áreas de abrangência,

aproximadamente 17%, sendo que o número de mulheres idosas se aproxima de 10%.

Na coleta de dados, utilizamos como critério de inclusão na amostra mulheres com idade igual ou acima de 60 anos, cadastradas na ESF. Em cada USF, realizamos um sorteio, a fim de selecionar mulheres pertencentes à área de abrangência, a partir de uma amostra aleatória. Das cinco Unidades em questão, foram sorteadas seis mulheres, o que resultou em um total de 30 mulheres participantes do estudo. Dentre as técnicas de coleta dos dados existentes, escolhemos a entrevista semiestruturada. Iniciamos a entrada no campo de pesquisa com a realização do piloto do instrumento de coleta, no mês de abril de 2014, pela pesquisadora e por uma outra pessoa, capacitada junto com a pesquisadora, que auxiliou na coleta de dados,

A entrevista foi realizada em visita domiciliária, em que as mulheres foram abordadas pelas pesquisadoras. Em algumas visitas, contamos com a intermediação do agente comunitário de saúde (ACS) da USF, que fez o primeiro contato; os dados foram colhidos em sigilo, somente com a entrevistada e pesquisador presentes. As entrevistas tiveram duração média de 25 minutos. Os dados foram analisados por meio da

Análise de Conteúdo, modalidade temática. A pré-análise foi realizada em diferentes momentos. Primeiramente, realizamos leitura flutuante e, em seguida, a leitura exaustiva do material. Esse processo nos permitiu identificar as categorias que compuseram a matriz de análise: condições de vida, acesso às tecnologias de saúde, significado do envelhecimento e os projetos de vida. Tal organização compõe o corpus da pesquisa. Num segundo momento, a partir da análise do conteúdo apresentado, definimos os núcleos de sentido que, ao conversarem entre si, compuseram o tema: o acesso às tecnologias em saúde e o vínculo na percepção das mulheres. Já no terceiro momento, desenvolvemos a análise e a interpretação dos dados a partir dos referenciais da integralidade, do envelhecimento e da organização e gestão dos serviços de saúde.

O Projeto desta investigação foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), parecer nº 425.799, que está ligado ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa, atendendo à norma 466/2012 para pesquisas realizadas com seres humanos. Foi, também, apreciado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Marília (SMS), parecer nº 553/13. As mulheres, que por

livre e espontânea vontade participaram desta pesquisa, assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

A maior parte das entrevistadas refere satisfação com o atendimento que recebem na USF. *“Eu vou para pegar os meus remédios. Agora, se nós precisarmos deles e a qualquer hora, eles são muito bons [...]” (E13)*. Os motivos que as levam a procurar a USF são a realização de consulta de enfermagem, a prevenção do câncer de mama e colo do útero, consulta odontológica para prevenção do câncer de boca, coleta de exames complementares, acolhimento devido às intercorrências clínicas, consultas agendadas para os diferentes profissionais, aferição de sinais vitais/controle de glicemia capilar, atualização do calendário vacinal, aquisição de medicamentos de uso contínuo e/ou outros para eventuais intercorrências. *“Eles fazem o exame. Depois a gente vai saber o resultado. Agora mesmo, tem que esperar o pedido de mamografia que tem que fazer todo ano” (E9)*.

Há, nas falas, aquelas que preferem frequentar o ambulatório de especialidades, usando a USF somente

quando sentem dores. “[...] Vou uma vez por mês para pegar remédio e, se eu estou precisando passar no médico com urgência, às vezes (eu vou na USF). Eu passo mais nos outros médicos lá do Mario Covas [...]” (E21) Uma fala da falta constante de médicos na USF. “[...] se eu estiver sentindo dor para ir aqui ao posto, e aí o médico vai estar dando o remédio e tal, mas, se não tem médico, como eu vou aí?” (E18) Portanto, quando o sujeito não encontra oportunidades para discutir sua subjetividade, sua autonomia sobre seu estado de saúde e, após o adoecimento, fortalecem relações com as especialidades, não pelo vínculo, mas por entenderem que sem as tecnologias duras não podem fazer a manutenção do seu estado. Mesmo transitando no espaço dos serviços ambulatoriais, não fica garantido que as tecnologias leves estejam sendo utilizadas durante o atendimento.

Há mulheres que preferem usar os serviços de pronto atendimento e serviços privados, pois os buscam somente quando adoecem. “Fui no P.A. assim com uns enjoos, um pouco de dor de cabeça, depois acabei indo num médico particular [...] eu tomei uns remédios, melhorei, fiquei de voltar para fazer algum exame, mas até agora não voltei, porque melhorou [...]” (E7)

Há falas daquelas que preferem o modelo tradicional, a UBS. Uma delas mora na área de abrangência da ESF, o marido a acompanha na ESF, porém, manteve seu prontuário em outra unidade que conta com especialista, no caso, cardiologista, pois faz acompanhamento com ele e na ESF não encontra o especialista. “É tudo pela UBS, porque o meu prontuário é de lá. Eu tenho isquemia e o colesterol muito alto, então eu tenho que fazer acompanhamento muito sério [...] eu faço acompanhamento de cardiologia de quatro em quatro meses, preciso fazer os exames e pego remédio de alto custo [...]” (E15)

Os serviços de saúde ainda não estão organizados como espaços de proteção e promoção da saúde, mas somente para a recuperação em situações de agravos, o que leva as mulheres a buscarem os serviços somente em situações de doença e dor. Visto isso, uma referiu ir raramente, pois não fica doente. “Não vou. Eu não fico doente, então é muito difícil.” (E5) Uma prefere ir diretamente ao serviço de pronto atendimento, pois na ESF o atendimento demora, há poucos profissionais médicos e não atendem urgência. “[...] eu frequento mais a unidade básica X, o P.A., porque aqui tem um médico só e ele quase não atende. Lá é tipo um pronto

socorro.” (E22). Uma gosta do atendimento, porém se queixa da falta de especialistas como o ginecologista e o pediatra. “*Aqui tinha que ter um ginecologista, tinha que ter um pediatra. Agora, aumentar essas duas salas enormes, porque se não tem médico [...].*” (E1)

Há, também, mulheres que frequentam tanto a ESF quanto seus convênios e/ou profissionais do setor privado. Há idosas que referem possuir plano de saúde para ter acesso ao atendimento de especialistas e exames complementares e utilizam a ESF para ter acesso a medicamentos, fazer controle pressórico e glicêmico ou enquanto aguardam a carência do plano de saúde. “[...] eu vou, às vezes eles mandam algum remédio, porque as meninas aqui é uma belezinha pra mim.” (E12) “*Eu já fui, não muitas vezes, mais para tomar vacina, porque como eu tenho convênio do meu marido e graças a Deus tenho saúde e não preciso ficar indo.*” (E25)

Algumas conhecem a localização da unidade, foram eventualmente para receber vacinas ou acompanhar um familiar e usam somente seus convênios privados. Dentre essas, uma refere que não vai à ESF, pois precisou levar a mãe que não residia na área e não foram atendidas. “[...] *Eles falaram que como a*

minha mãe só tomava remédio de fora, de um médico particular, então não ia atender, se não ia misturar remédios. Até falaram que a minha mãe não morava aqui na minha casa, e minha mãe morava na minha casa sim! Acontece que a minha mãe gostava muito de ficar na casa da minha irmã [...].” (E27)

As mulheres conhecem a existência do profissional médico na equipe, porém, nem todas identificam quem é esse profissional. Algumas mulheres conhecem a equipe de enfermagem; nenhuma delas diferencia enfermeiro e auxiliares de enfermagem. “[...] *como chama as enfermeiras? a V. não está mais ai, a A., a M., elas são da enfermagem. Ah elas são legais, elas são boas.*” (E21). Uma referiu que conhece a equipe de enfermagem, pois nem sempre o médico está presente na unidade. Então, são esses profissionais que a atendem. “[...] *às vezes tem médico, às vezes não tem, a gente passa pela enfermeira mesmo, porque não tem médico ali direto [...].*” (E9).

Poucas mulheres reconhecem o dentista como parte da equipe. Algumas identificam uma das atividades do agente comunitário, qual seja, a visita domiciliar, porém não conseguem nomear essa categoria profissional. “*Para mim é tudo ótimo, vem aqui na minha*

casa olham o quintal [...]” (E1). “[...] tem as meninas mesmo que trabalha lá, é que às vezes ela vem entregar consulta, a R. [...]” (E16)

Quando questionadas sobre o uso de serviços ambulatoriais e hospitalares, referem ter ido em algum momento ou fazerem uso regular deles. Referiram que conheceram a equipe médica e a equipe de enfermagem. Uma cita o nutricionista desses serviços. Uma mulher citou insatisfação em relação ao atendimento ambulatorial do Sistema único de Saúde (SUS), pois não foi agendado seu retorno. Então, foi ao especialista do setor privado. *“Estou indo no médico, estou esperando juntar dinheiro para voltar, porque a consulta está muito cara. Eu ia de primeiro lá no ambulatório, mas teve um descontentamento, porque eu estava com uma ferida na perna e eles demoraram para me atender, falaram que era final de ano e diz que ia mandar cartinha e nunca que mandava.” (E3)*

Discussão

Visto o momento de transição epidemiológica, os serviços de saúde vêm enfrentando um novo desafio: o cuidado à pessoa idosa e seu núcleo social. Na perspectiva da integralidade, os profissionais devem admitir que o cuidado vai além do clínico e do

biológico e deve articular a demanda do sujeito sob diversas perspectivas. Dessa forma, os serviços de saúde devem estar preparados para lidar com as necessidades e para compreender e produzir significados sobre sua natureza na interseção dos sujeitos implicados – nos momentos de produção e do consumo da saúde, promovendo a sua autonomia. Assim, saber escutar o que o sujeito tem a dizer, compreender e significar as necessidades é fundamental nas práticas de saúde.

As ações de acolhimento devem fazer parte do processo de trabalho da ESF e são essenciais para a construção de um vínculo entre o profissional de saúde e o sujeito/família. Para haver vínculo, é indispensável que haja empatia e respeito. O vínculo permite a construção de confiança, capaz de estimular o autocuidado, favorecendo a compreensão da doença para que o sujeito possa entender e dar seguimento correto às orientações terapêuticas pelos sujeitos e também para que possa promover e proteger a sua saúde⁽¹³⁾. O acolhimento é entendido como uma tecnologia leve, ou tecnologia das relações, que possibilita o exercício de novas práticas de saúde, em que é possível trabalhar a solidariedade e cidadania⁽¹⁴⁾.

Merhy⁽¹⁵⁾ aponta o avanço que as tecnologias leves conformam para as relações entre os profissionais de saúde e os usuários, pois “... reconhece que aquele usuário, além de se apresentar com um problema de saúde, traz consigo uma certa origem social, relações sociais e familiares, uma dada subjetividade que expressa sua história e, portanto, este conjunto deve ser olhado. Aqui ele trabalha com a transferência de conhecimentos para o auto-cuidado, formas diversas de intervir sobre sua subjetividade, valorizando-o e aumentando sua auto-estima e, assim, de forma criativa o projeto terapêutico deve ter o objetivo de realizar ganhos de autonomia para viver a vida.”

A forma de estruturação dos serviços de saúde dificulta que os usuários contemplem suas necessidades de saúde, ou seja, comparecem às unidades de saúde solicitando procedimentos, exames complementares, pois são ações como essas que sempre ofertaram. Assim, quando as mulheres referem satisfação com as unidades de saúde, há necessidade de refletir se esta está direcionada/ fundamentada em demandas oferecidas tradicionalmente pelos serviços ou nas necessidades sociais de saúde.

Franco⁽¹⁶⁾ aponta que o processo de trabalho, quando fragmentado, desconhece a subjetividade e os determinantes do processo saúde-doença dos sujeitos. Nessa lógica, os trabalhadores associam a qualidade do serviço ao seu potencial em exames, medicamentos e consultas especializadas. Em consonância com a afirmação do autor, encontramos o reflexo das ações e atitudes desses trabalhadores na fala das mulheres participantes deste estudo, que entendem que o local de atendimento ideal é aquele que conta com médicos especialistas e centraliza seu cuidado nos serviços ambulatoriais e hospitalares.

A atenção básica convive até hoje com modelos alternativos, como o existente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são tradicionais, sem foco na família, nem sempre exercendo a territorialização, contemplando o trabalho médico organizado pelas três especialidades básicas da medicina: clínica geral, pediatria e ginecologia e obstetrícia. É estimado que haja entre 20% a 40% de unidades tradicionais no país⁽¹⁷⁾.

Visto a dicotomia entre os modelos existentes e a visão de que a ESF é somente uma porta de entrada para outros serviços, o baixo valor simbólico que ela representa para os gestores e para

a população repercute no subfinanciamento, na carência de infraestrutura adequada e de equipes multiprofissionais. Além disso, apontamos a dificuldade no acesso a exames complementares e a fragilidade do controle social. Os profissionais da ESF nem sempre são reconhecidos por seus pares com o mesmo valor que se reconhecem os especialistas, o que leva à fragilidade nos processos, que refletem no cuidado⁽¹⁷⁾.

Van Stralen *et al*⁽¹⁸⁾, em estudo sobre a percepção dos usuários e profissionais em relação à atenção básica, constataram diferenças importantes, em que os profissionais fazem uma avaliação melhor de todas as dimensões pesquisadas sobre os serviços quando comparadas à perspectiva dos usuários. Também constatou que a ESF, quando comparada à de modelos tradicionais, não é melhor. Tal fato sugere que a ESF ainda é demasiadamente tímida quanto à antecipação de mudanças, pois aposta muito em objetivos amplos e pouco coloca em questão as relações de trabalho dentro das equipes, condicionadas por longos anos de formação em direções não compatíveis com as propostas e pela forte presença da tecnológica biomédica.

Na perspectiva biomédica, a medicalização social transforma

sofrimentos, dores envolvidas nas vivências do sujeito, em necessidades médicas passíveis de tratamento medicamentoso. A medicalização corrobora o fortalecimento das tecnologias duras, desvalorizando a abordagem do modo de andar a vida, dos fatores subjetivos sociais relacionados ao processo saúde-doença. A ESF, enquanto modelo de reorganização, se contrapõe à valorização da medicalização, porém se manteve, em sua implantação, subsidiada por ações programáticas e sem apoio aos profissionais envolvidos. Logo, a perpetuação da atenção curativista se manteve durante anos⁽¹⁹⁾.

Damaceno⁽²⁰⁾ realizou pesquisa de cunho qualitativo no município de Marília, em 2013, onde constatou dificuldades no processo de implementação das ações voltadas à população idosa. Segundo a autora, os profissionais e gestores envolvidos no cuidado possuem diversas concepções sobre o envelhecer, voltadas para o aspecto biológico, ambiental, cronológico, legal, financeiro, e isso interfere diretamente no cuidado prestado, pois prejudica ações que buscam a integralidade. Também desconhecem o perfil demográfico da população idosa do município, o que constitui uma apropriação inadequada no

desenvolvimento do trabalho, onde o profissional mantém a prática centrada no modelo biomédico; cita, como exemplo, a abordagem do idoso somente pela sua doença.

Identificamos, na pesquisa, que as mulheres atendidas nas ESFs investigadas desconhecem a composição da equipe que trabalha no local, o que aponta a distância que ainda existe entre o serviço de saúde e a comunidade. A comunidade reconhece o médico, fato esperado no modelo biomédico, onde ele é o centro do trabalho, aquele que possui o poder de prescrever e medicar, conforme o que é imposto na perspectiva Taylorista⁽²¹⁾. As equipes de saúde também apontam diversos obstáculos para o desenvolvimento do acolhimento, como a pressão pela rapidez no atendimento, profissionais na equipe que não conhecem a realidade do território e das necessidades da comunidade, as tensões existentes no trabalho em equipe, o sentimento de imediatismo da sociedade atualmente, a dificuldade em manter diálogo com as especialidades, limitações nos horários e condições físicas adequadas⁽²²⁾.

No envelhecimento, a ESF tem papel fundamental e, apesar de todas as dificuldades que imbricam o processo de cuidado, é preciso entender que esse

espaço possibilita o acesso e o desenvolvimento da autonomia, principalmente no envelhecimento, período em que o sujeito apresenta uma pluralidade de necessidades que vão além de ações instituídas, sem foco na comunidade e suas necessidades, e a equipe envolvida nesse cuidado precisa estar diariamente repensando o seu modo de trabalho, visando o cuidado integral⁽²³⁾.

Conclusão

A aproximação com as comunidades é uma premissa da ESF e, neste estudo, pudemos compreender que existem dificuldades na operacionalização dos processos de cuidado, por vezes, sendo realizadas em ações pontuais, porém não em todo o seu potencial. As mulheres idosas esperam que nas USFs haja ações curativistas e prescritivas, desconhecem os profissionais que compõem a equipe de saúde e seu processo de trabalho, valorizam os cuidados realizados nos ambulatórios de especialidades em detrimento aos cuidados realizados na Atenção Básica. A partir destas análises, devemos repensar o processo de trabalho desenvolvido para e com os idosos, desde a formação dos futuros trabalhadores, bem como dos que estão inseridos no campo de trabalho e

precisam de suporte para iniciar/avançar no movimento de mudança.

O processo de envelhecimento precisa ser introduzido nas ações intersetoriais, em rodas de conversa com a comunidade, nos diferentes equipamentos sociais, como escolas e centros religiosos, sendo estes institucionalizados ou não. A aproximação com o envelhecer precisa ser desmistificada e vista como uma realidade cada vez mais próxima, visto o aumento do número de idosos e suas necessidades sociais. Cabe a todos o comprometimento com o que é proposto na PNPI, buscando sempre trazer o idoso como ator, que pode mudar sua realidade constantemente. Importante salientar que este comprometimento deve partir da gestão e chegar até os trabalhadores que atuam diretamente no cuidado.

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Population ageing: a public health challenge. Geneva: WHO; 1998.
2. Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, organizadores. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
3. Freitas MC, Queiroz TA, Sousa JAV. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(2):407-12.
4. Teixeira SM. Envelhecimento na agenda pública brasileira. *Rev Polit Publicas* [Internet]. 2003 jan-jun [citado 20 set 2014];7(1):113-36. Disponível em: http://www.revistapoliticaspUBLICAS.ufma.br/site/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=69
5. World Health Organization. Active ageing: a policy framework [Internet]. Geneva: WHO; 2002. [cited 2014 Jun 2]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf
6. Brasil. Decreto no 8.114, de 30 de setembro de 2013. Estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento ativo e institui Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação [Internet]. *Diário Oficial da União (DF)*; 1 dez 2013. [citado 2014 jun 2]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8114.htm.
7. Moreira MM. Envelhecimento da população brasileira: aspectos gerais. 2000. In: Wong LLR, organizadora. O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade: subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso. Belo Horizonte: ABEP; 2000. p. 25-56.
8. Lima-Costa MFF, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Inf Epidemiol SUS*. 2000;9(1):23-41.
9. Meireles VC, Matsuda LM, Coimbra JAH, Mathias TAF. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. *Saúde Soc*. 2007;16(1):69-80.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM: 21 anos depois [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. [folder]. [citado 24 set 2014]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/1000600255_9.pdf

11. Meireles VC, Matsuda LM, Coimbra JAH, Mathias TAF. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. *Saúde Soc.* 2007;16(1):69-80.

12. Brasil. Presidência da República, Secretaria Especial de Política para Mulheres. Plano Nacional de Política para as Mulheres [Internet]. Brasília (DF): Secretaria Especial de Política para Mulheres; 2005. [citado 2 jun 2014]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm_compacta.pdf

13. Monteiro MM, Virgínia FP, Machado MFAS. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(2):358-64.

14. Nery SR, Nunes EFP, Carvalho BG, Melchior R, Baduy RS, Lima JVC. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas Unidades de Saúde da Família, Londrina (PR). *Cienc Saúde Coletiva.* 2009;14(Supl 1):1411-9.

15. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde Debate.* 2003;27(65):316-23.

16. Franco BT, Magalhães Junior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB. *O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.* 4a. ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 125-33.

17. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

18. van Stralen CJ, Belisário SA, van Stralen TBS, Lima AMD, Massote AW, Oliveira CL. Percepção dos usuários e profissionais de saúde

sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(Supl 1):S148-58.

19. Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Cienc Saúde Coletiva.* 2010;15(Supl 3):3615-24.

20. Damaceno MJCF. 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 (SP): Faculdade de Medicina de Marília; 2013.

21. Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad Saúde Pública.* 1998;14(4):863-70.

22. Oliveira LML, Tunini ASM, Silva FC. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde. *Rev APS.* 2008;11(4):362-73.

23. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO; 2001. p. 39-64.

Recebido: 16.12.2015

Revisado: 02.03.2016

Aprovado: 01.04.2016