

TENDÊNCIAS E DESAFIOS DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA: os grupos operativos na Estratégia Saúde da Família

Mariana Bento¹; Raissa Juliana Batista Fonsêca²; Paula Ferreira dos Santos³; Isabel Cristina Araújo Brandão⁴

*Centro Universitário FACEX^{1,2,3,4} mariana.bento2012@hotmail.com, Universidade Federal do Rio Grande do Norte⁴
isabrandao_ab@hotmail.com*

Resumo: A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa faz menção às atividades grupais que podem ser desenvolvidas pelas equipes de saúde no âmbito da atenção básica. Entretanto o Ministério da Saúde propõe que esse trabalho, uma vez desenvolvido, seja orientado por estratégias específicas. Trata-se de uma revisão de narrativa com o objetivo de identificar o papel dos grupos operativos desenvolvidos no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Atualmente, ao desenvolverem o trabalho de grupo com idosos na Estratégia Saúde da Família os profissionais terminam por cometer erros que vão de encontro às propostas da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, bem como: a infantilização da linguagem utilizada nos encontros; a intimidação dos idosos para adesão ao grupo ou algum tratamento específico, particularmente diabetes e hipertensão; o posicionamento autoritário mediante os idosos; a interrupção da fala de alguns participantes; a desvalorização de alguns membros do grupo; a utilização desnecessária de termos técnicos; o desenvolvimento de atividades e ou palestras fora do contexto dos grupos; a desvalorização das experiências de vida dos participantes, dentre outros.

Descritores: Atenção primária, saúde do idoso, grupos operativos.

INTRODUÇÃO

É possível verificar que o mundo está envelhecendo e, estima-se que no ano de 2050 existam, aproximadamente, 2 bilhões de idosos, cuja maioria habitará países em desenvolvimento. No Brasil de hoje os números apontam para a existência de mais de 17, 6 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade. (BRASIL, 2007).

Desse contingente de idosos, fazem parte indivíduos diferenciados por meio de características epidemiológicas, sociais, econômicas, culturais e demográficas. Entretanto, é preciso

destacar que as alterações que acometem a população idosa nem sempre são provenientes do processo natural de envelhecimento, e necessitam de um olhar diferenciado, particularmente no que concerne ao surgimento de doenças. (VERAS, 2004; BRASIL, 2007).

Proveniente de causas multifatoriais e multidimensionais, o envelhecimento justifica a variedade de comportamentos biopsicossociais de uns idosos em relação a outros, configurando assim, o que compreendem por qualidade de vida. Todavia, algumas situações podem ser utilizadas como indicadores para mensurar essa qualidade de vida, tais como: longevidade, saúde mental e biológica, produtividade, atividade cognitiva, atividade física, renda, status social, continuidade de papéis dentro e fora do ambiente doméstico, relação com os amigos, entre outros. (RUIZ et al, 2007).

Mediante essa constatação, impõe-se como desafio na atenção a pessoa idosa conseguir colaborar para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer com o passar dos anos, ela tenha condições de redescobrir possibilidades e alternativas de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. (BRASIL, 2007).

Há algumas décadas o setor saúde vem buscando a mudança de modelo assistencial no sentido de superar o paradigma Flexneriano que se sustenta em elementos, tais como: individualismo, mecanicismo e especialismo, além de apresentar como resposta para os problemas de saúde, a oferta de atenção médica e de outros profissionais de saúde, medicamentos, exames e equipamentos, desconsiderando outros aspectos fundamentais. (MENDES, 1995).

Sabe-se que, no setor saúde, a atenção básica, mais especificamente a Estratégia Saúde da Família (ESF) configura o primeiro contato dos usuários com o sistema, e que as relações ali estabelecidas devem ser norteadas pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, acessibilidade, vínculo, continuidade, humanização da equipe, coordenação do cuidado e participação social, como estabelecido nas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90, as quais dispõem sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).

Entretanto, foi por meio da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), aprovada através da Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, cuja finalidade primordial é recuperar, manter e promover a 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, que a AB e a ESF foram definidas como a porta de entrada dos usuários idosos aos serviços de saúde, cuja rede de média e alta complexidade funciona como referência à rede de serviços. (BRASIL, 2007).

No tocante a assistência ofertada ao público idoso a PNSPI corrobora com a Política Nacional de Atenção Básica, a qual afirma que a atenção prestada pelas equipes nos serviços primários de saúde deve utilizar tecnologias de alta complexidade e baixa densidade, ou seja, uma tecnologia leve.

Um exemplo real desse tipo tecnologia é o trabalho com grupo de idosos, geralmente presente no cotidiano das equipes de saúde da ESF. Segundo o Ministério da Saúde (2007) o grupo é um espaço privilegiado de rede de apoio e um ambiente para a discussão de situações corriqueiras vivenciadas no dia-a-dia, a partir do interesse comum de seus participantes. Sua dinâmica amplia o vínculo dos sujeitos com a equipe, configura um espaço complementar à consulta individual e permite trabalhar as vulnerabilidades dos idosos.

Assim, o presente trabalho busca descrever, por meio de uma revisão narrativa, o papel dos grupos operativos de idosos que estão em atividade no país e foram descritos na literatura publicada nos últimos anos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão narrativa com abordagem qualitativa. Foi realizada uma busca de artigos indexados nas bases de dados eletrônica da BVS, utilizando os descritores: “Atenção primária”, “saúde do idoso”, “grupos operativos” no período de abril a junho de 2016. Fizeram parte do estudo manuscritos publicados na língua nativa e que atendessem ao objetivo do trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Brasil, até meados da década de 1960 o envelhecimento era concebido como um processo associado a doenças e, o tratamento dispensado aos idosos, particularmente aos de baixa renda, era de cunho assistencialista com ênfase à institucionalização asilar. Aos idosos mais abastados não era ofertado nenhum tipo de amparo. Entretanto, alguns idosos que freqüentavam a Unidade Operacional do Serviço Social do Comercio (SESC) - Carmo, em São Paulo passaram a criar espaços de convívio com o objetivo de preencher o tempo que passavam ociosos. (CABRAL, 1997).

Por volta de 1962 alguns representantes do SESC visitaram os Estados Unidos para conhecer os Golden Age, que eram centros sociais destinados aos idosos com o objetivo de suprir as

necessidades desses indivíduos mediante as transformações sociais. As observações do trabalho desenvolvido nesses centros permitiram aos técnicos do SESC apresentarem propostas de trabalhos para serem desenvolvidos, primeiramente, com os idosos do SESC – Carmo através de atividades de lazer, convivência e participação social. (CABRAL, 1997).

Na década de 1970 surgiu a Escola Aberta da 3ª Idade no Departamento Regional do SESC em São Paulo, com o objetivo de capacitar idosos para o mercado de trabalho por meio de cursos de atualização de conhecimentos. Já nos anos de 1980 o trabalho social do idoso passou a ser difundido em âmbito nacional, impulsionando a abertura de escolas para a 3ª idade, bem como novos grupos de convivência em todo o país. (FENALTI e SCHWARTZ, 2003).

Atualmente, é vasta a gama de grupos direcionados aos idosos, os quais possuem denominações distintas como: grupos operativos, grupos de convivência, grupos de apoio, capacitação, dentre outros; e são tecnicamente organizados de acordo com o público específico a cada um. (DEBERT, 1998).

Especificamente no setor saúde é comum verificar a existência de grupos. A própria Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa faz menção as atividades grupais que podem ser desenvolvidas pelas equipes de saúde no âmbito da atenção básica. Entretanto o Ministério da Saúde (2007) propõe que esse trabalho, uma vez desenvolvido, seja orientado por estratégias como: a mobilização da equipe para sensibilizar os idosos a participarem do grupo; as temáticas a serem discutidas devem ser escolhidas em comum acordo com os usuários, considerando assim, suas reais necessidades; os locais dos encontros devem ser de fácil acesso, superando limitações físicas e/ou socioeconômicas dos indivíduos; a coordenação do grupo pode ser realizada por qualquer membro da equipe, desde que estejam preparados para assumir tal responsabilidade; com a finalidade de adquirir uma identidade os grupos podem escolher uma denominação específica, segundo a natureza das atividades realizadas; toda a equipe de saúde deve se envolver nos trabalhos, possibilitando ao usuário uma assistência integral e de qualidade; a metodologia a ser empregada deve ser do tipo problematizadora; a linguagem dos profissionais deve se abster de termos técnicos, se fazendo acessível aos idosos; e por fim, deve haver um suporte por parte da gestão para a realização dessas atividades, tanto no que se refere aos recursos necessários a execução do grupo, como na garantia de educação permanente para os profissionais.

Scoth (1999) em seus estudos destaca que, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, um expressivo grupo de profissionais do setor adota um estilo de administração, no qual lutam para incluir uma sensibilidade aos segmentos e grupos sociais diferenciados na

agenda sanitária no país. Prevalece nestes casos, muito mais a convicção resultante de um diálogo com os setores organizados da sociedade civil, do que uma afirmação da hegemonia do conhecimento médico.

Os grupos que querem ser representados se proliferam resultando esta organização em programas dirigidos, por exemplo: à adolescentes (Programa de Saúde do Adolescente-PROSAD), às mulheres (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM), aos idosos e população indígena, procurando ocupar espaços nos diversos níveis de gestão das políticas de saúde onde “(...) passam a articular uma inclusão integrada da defesa e atendimento dos seus interesses na definição de prioridades de orçamento e ação em relação não somente à saúde, mas às suas diversas outras demandas. (SCOTH, 1999, p. 8).

O autor adverte que isto resulta às vezes em “fogo cruzado”, mas apresenta resultados salutareos de incentivar uma percepção das pessoas nos contextos de sua atuação. Na maioria das vezes,

“(...) há uma associação curiosa dos interesses ‘sociais’ com grupos identificados pelos marcadores biológicos de sexo e de idade - tornando-se muito confortável aos olhos sanitário individualizante e à inserção em ‘especialidade’ capazes de lidar com os problemas mais prevalentes em cada grupo. Os atores sociais são identificados ou por ser mulher (mesmo diante do frisson atual em torno de estudos da masculinidade, desconhecendo programas de saúde integrais do homem), ou pela sua ocupação específica de um local no ciclo vital individual - jovem/adolescente ou idoso”. (SCOTH, 1999, p. 8).

Isto promove uma “percepção social” que acaba por privilegiar o indivíduo que compartilha algumas características específicas com outros indivíduos, mas que ainda é “descontextualizada do seu meio”. Isto não significa que na sua elaboração, estes programas não consigam enxergar o social contextualizado, mas apenas como adverte “(...) que a sua concepção inicial individualiza o alvo das ações de saúde. O indivíduo tem atributos fundamentais relacionados com os processos do ciclo vital - independente do contexto social onde estes processos são vividos”. (SCOTH, 1999, p.9).

Nesse sentido, o grande desafio que se apresenta é o rompimento com estruturas tradicionais. O forte apelo ao atendimento integral vem se revelando a maneira viável de ao mesmo tempo promover a crítica à comportamentalização freqüente dos portadores de conhecimento médico de tratar órgãos e doenças específicas. Procura-se ainda, chamar a atenção para a necessidade de promover formas de intensificação do diálogo com diferentes classes sociais além do ambiente ambulatorial e hospitalar. (SCOTH, 1999).

Ressalta-se aqui a diferença apontada pelo autor entre estes dois termos (“segmento social” e “grupo”):

“(…) um segmento social tem uma conotação mais abstrata e costuma ser definido por alguma(s) característica(s) que pode(m) contribuir para isolar o ‘segmento’ do restante da população. (...) É claro que a característica identificadora (sexo, idade, renda, cor, deficiência, etc.) não é nada abstrata, mas ao tratar do ‘segmento’ extrai as pessoas com estas características do contexto onde vivem. Isto permite a articulação entre pessoas de grupos diversos e a criação de grupos de pressão e de representação, cuja abrangência é muito ampla nos mais diversos níveis de articulação política. Unidos e mais visíveis, os que advogam os interesses destes segmentos promovem, ou querem promover, uma modificação de tratamento (espera-se para melhorar) das pessoas destes segmentos que deve ter repercussões significativas para a sua vivência do cotidiano, para a sua qualidade de vida. E esta qualidade de vida é vivida na sua comunidade, onde proliferam pessoas de diferentes ‘segmentos’ sociais e onde é preciso negociar os rearranjos desejados dentro das relações sociais cotidianas”. (SCOTH, 1999, p. 10).

Os grupos sociais, por outro lado, segundo o autor, apresentam referências diferentes, mais concretas e mais complexas. São congregações de pessoas, comumente de características diferentes interagindo com regularidade na vida cotidiana. Como exemplo de grupos específicos Scoth destaca os grupos familiares, de parentesco e de vizinhança. Estes grupos tenderiam a manter uma identidade de acordo com a sua inserção numa localização geográfica específica recebendo diferentes denominações, mais comumente chamadas de “comunidade”. Acrescenta o autor:

“Quando se define um segmento para defesa de interesses, não é fácil alcançar a ‘reinscrição’ dos componentes do segmento nos grupos sociais comunitários com os ganhos esperados devido à diferenciação e a visibilidade do segmento. As práticas cotidianas podem não ter sofrido modificações que permitam a realização destes ganhos à nível da comunidade, se tornando um obstáculo ao alcance de metas. É preciso uma estratégia que associa as demandas dos segmentos com a identidade da comunidade para que se possa efetivar melhorias com maior eficácia. É justamente esta percepção da necessidade de se endereçar a ‘grupos sociais’ que estimulou muitos administradores, profissionais de saúde e representantes de segmentos sociais específicos a apoiar os programas de saúde na família”. (SCOTH, 1999, p.10-11).

David Capistrano Filho (1999) enfatiza que o PSF deve buscar evitar enfoques medicalizante, psicologizante ou sociologizante da família e seus problemas. Para o autor torna-se necessário o fortalecimento de organizações e entidades que já existam na comunidade, não recortadas por patologias (hipertensos, diabéticos, idosos, tóxico-dependentes ou situações especiais (gestantes, adolescentes etc.).

CONCLUSÕES

Vários são os ângulos que permitem visualizar o processo de envelhecimento. De um lado observam-se as alterações biológicas (orgânicas, fisiológicas, psíquicas e anatômicas) e de outro as alterações que ocorrem no campo social e moral dos idosos. Na concepção de organismos mundiais de saúde, a velhice é a extensão e o fim de um processo marcado por transformações psicológicas e fisiomórficas ininterruptas mediante a ação do tempo sobre os indivíduos.

Na velhice, é imprescindível conhecer ainda o significado atribuído às coisas na vida em sociedade, posto que o valor simbólico que tal construto assume na atualidade não é algo dado, pertence a uma construção social, cultural e simbólica da cultura da pessoa idosa. Esta cultura constitui um universo de signos que permite, a esses sujeitos, decodificar a própria experiência e conduzir suas ações, de modo que torna-se um vetor na elaboração das emoções, percepções e intervenções.

Convém também considerar que a atenção integral à saúde da pessoa idosa, requer o envolvimento de todos os níveis de serviços e o desenvolvimento de muitas ações na atenção básica, as quais forneçam informações importantes, que representem a rotina do serviço e reflitam a realidade dos idosos, ou seja, como a equipe planeja, organiza e realiza a atenção à saúde do idoso para bem atendê-los.

Especificamente no setor saúde é comum se verificar a existência de grupos, como prática ou política de ação, usados como importante ferramenta para o alcance de metas em promoção à saúde. A própria Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa faz menção às atividades grupais que podem ser desenvolvidas pelas equipes de saúde no âmbito da atenção básica. Entretanto o Ministério da Saúde propõe que esse trabalho, uma vez desenvolvido, seja orientado por estratégias específicas.

Atualmente, ao desenvolverem o trabalho de grupo com idosos na Estratégia Saúde da Família os profissionais terminam por cometer erros que vão de encontro às propostas da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e estes erros carecem ser revistos para que não comprometam a qualidade da atenção ofertada, e sobretudo não coloquem em risco as conquistas obtidas pela população idosa ao longo dos últimos anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CABRAL, B. E. S. L. “A vida começa todo dia”. In: Revista de estudos feministas. Rio de Janeiro, RJ. 1997.

CAPISTRANO FILHO, D. O Programa Saúde da Família em São Paulo. In: Revista USP. Estudos Avançados – Dossiê Saúde Pública. São Paulo, n. 35 vol. 13, jan/abr., 1999.

DEBERT, G. G. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. BARROS, M. M. L. (Org.). Rio de Janeiro, RJ: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

FENALTI, R. C. S.; SCHWARTZ, G. M. Universidade Aberta à Terceira Idade e a perspectiva de ressignificação do lazer. Rev. paul. Educ. Fís., São Paulo, 17(2): 131-41, jul./dez. 2003.

MENDES, E, V. Mesa Redonda: Saúde e qualidade de vida. In: Espaço para a Saúde. Paraná, n. 4, vol 4, 1995.

RUIZ, T; MONTEIRO, A; CORRENTE, J.E; NETTO, M.C. Avaliação do grau de SAFONS, M. P. Envelhecimento e atividade física. Humanidades, n.46, out 2007. p.24-31

SCOTH, P. A vigilância familiar sanitária: implicações políticas e sociais dos programas de agentes comunitários de saúde da família. Trabalho apresentado no XXIII Encontro Anual da ANPOCS. 1999, mimeo.

VERAS, R. Novos desafios contemporâneos no cuidado ao idoso em decorrência da mudança do perfil demográfico da população brasileira. In: LEMOS, M. T. T. B.; ZAGAGLIA, R. A. (org). A arte de envelhecer: saúde, trabalho, afetividade, estatuto do Idoso. Aparecida, SP: Idéias, Companhia das Letras, Rio de Janeiro: UERJ, 2004.



CONGRESSO NACIONAL
DE **ENVELHECIMENTO**
HUMANO

