

Como a Saúde da Família prolonga a vida de idosos

24/10/2024

Um estudo mostra de que forma a estratégia em que se baseia a Atenção Básica é transformadora para as populações que atende. Em cidade do RS, as pessoas mais velhas em situação vulnerável passaram a ter mesma expectativa de vida que as mais ricas



Foto: Prefeitura de Natal/RN

Elaine Thumé em entrevista a **Gabriel Brito**

O SUS [celebra 30 anos](#) da política que construiu as bases do modelo de Atenção Primária à Saúde e, não é exagero afirmar, marcam seu diferencial. Criada em 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) mudou a abordagem da população, a partir da ideia de um contato direto e permanente com os usuários do SUS.

Dessa forma, é importante conhecer os resultados objetivos que produziu na realidade brasileira. Um dos mais relevantes é o aumento da expectativa de vida da população idosa mais vulnerável. Tal experiência é comprovada no trabalho *Equidade no acesso e qualidade na APS e na sobrevivência de idosos*, realizado pela enfermeira e professora da UFPel **Elaine Thumé**.

Tendo a cidade de Bagé/RS como cenário da análise da experiência, a professora e pesquisadora explicou ao **Outra Saúde** as chaves desse imenso avanço na promoção da saúde. “Já havia oferta de atenção especializada no município, porém, sob a lógica do modelo tradicional. Com a implementação das Unidades Básicas de Saúde e seu modelo de atenção primária, houve a conversão. Formou-se um ‘círculo’ da ESF nas bordas periféricas da cidade”.

A experiência da cidade gaúcha é valiosa porque mostrou que o modelo preventivo que orienta o SUS e sua lógica de atenção primária permitiu que os indicadores de saúde da população idosa mais pobre (das UBSs periféricas) se equiparasse às classes médias e altas (centrais).

“Por exemplo, nas áreas tradicionais, não necessariamente havia um enfermeiro trabalhando na saúde da família. Na ESF, sempre há enfermeiro, agente comunitário, técnicos e auxiliares”, explicou. Isso porque o “modelo tradicional” tem viés de tratar a doença, mas não se relaciona de forma permanente com os pacientes – a chamada longitudinalidade. “A Estratégia da Saúde da Família visa estar mais próximo das pessoas, fazer ações articuladas dentro da própria comunidade, acompanhamento das pessoas mais críticas”, prosseguiu.

Em linhas gerais, a ESF está diretamente associada à queda da mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida do país. Mas os governos Temer e Bolsonaro e seu liberalismo oligárquico mostram que as conquistas sociais exigem luta permanente. Esses mesmos indicadores que tanto esforço custaram para ser alcançados estão em xeque diante do modelo econômico que avançou em tais governos e, no mínimo, impediu a continuidade de sua evolução.

Além disso, temos uma realidade mais complexa a se expressar nos territórios, uma vez que saúde passa a ser entendida de forma mais ampliada, muito mais do que uma agenda setorial de política pública. É nisso que OMS e o Ministério trabalham ao defender o conceito de Saúde Única em iniciativas recentes, o que na ESF se expressou com a recente criação das Equipes Multiprofissionais. Trata-se de uma ampliação da atenção básica e sua capacidade de gerar qualidade de vida e prevenir ou adiar o processo de adoecimento.

“É um reconhecimento da necessidade de expansão da ESF, no sentido de incluir outras profissões na linha de cuidado, como nutricionista, educador físico, assistente social. São profissões muito importantes para dar apoio aos médicos, enfermeiros e odontólogos que estão na linha de frente”.

Confira a entrevista completa com Elaine Thumé.

Você apresentou o trabalho *Equidade no acesso e qualidade na APS e na sobrevivência de idosos, em seminário da Rede APS da Abrasco e da Fiocruz, em razão dos 30 anos da criação do programa estratégia de saúde da família no SUS. O que você pode contar deste trabalho em linhas gerais?*

O trabalho começa em 2008, com a entrevista de uma população de 1.598 idosos da cidade de Bagé, escolhida por ser uma cidade de grande porte, com mais de 100 mil habitantes e à época com 52% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Queríamos ver o desempenho da saúde da família na atenção domiciliar e a pesquisa demonstrou que os idosos residentes em área atendida pela ESF recebiam mais atendimento no domicílio em comparação com pacientes de unidades de saúde tradicionais.

Ao longo do tempo, ficamos acompanhando tais idosos e realizamos um estudo de coorte desta. A ideia era comparar a amostra dos indicadores de saúde dos idosos em áreas que chamamos de “atendimentos tradicionais” com áreas que tinham a ESF. Bagé foi escolhida por ser uma das cidades do Rio Grande do Sul que fez a opção de aumentar a cobertura da ESF. O Rio Grande do Sul de modo geral demorou para implantar a ESF, mas Bagé tomou essa decisão e entre 2003 e 2007 implantou 15 Equipes de Saúde da Família, que cobriam 52% da população. Ao se dividir quase meio a meio entre uma cobertura de saúde tradicional e a ESF, a cidade quase naturalmente se tornou um palco de análise de seus resultados.

Em 2016 e 2017, voltamos a entrevistar os mesmos idosos, que acompanhávamos desde 2008, inclusive sua mortalidade e a causa dos óbitos. Tudo isso resultou no [trabalho de doutoramento](#) de Marciane Kessler, uma aluna que orientei e fez um estágio na UCL, em Londres, com o professor Michael Marmot, que é um estudioso da área das desigualdades sociais.

Assim, foi possível fazer novas análises. Ao olhar os dados e desempenho da saúde da família na sobrevivência dos idosos, considerando que os idosos das áreas da saúde da família são mais pobres, com uma maior concentração de população negra comparada a áreas tradicionais, piores indicadores de escolaridade, maior proporção de pobreza, maior prevalência de doenças incapacitantes como diabetes, chegamos a um quadro de piores condições socioeconômicas e maior morbidade. A hipótese é que eles morreriam antes em relação aos idosos mais ricos, com maior escolaridade, que vivem sem essas limitações

financeiras e socioeconômicas.

E o que os resultados demonstraram?

Os resultados mostraram que ao longo do tempo, uma vez que essas pessoas estavam expostas à ESF, não houve diferença no padrão de mortalidade. As análises mostram uma reversão de uma tendência, uma vez que a ESF conseguiu proteger os idosos da mortalidade precoce e igualar as taxas de mortalidade da população mais rica. Dentro da saúde da família, aqueles mais pobres morreram ainda menos, com taxa de mortalidade praticamente 56% menor. Portanto, o período de análise permite observar um efeito protetor da ESF em termos de mortes evitáveis.

Outro aspecto de seu trabalho é a organização geográfica da ESF e sua distribuição pela cidade. Esse é um aspecto que distingue o SUS de outros modelos de sistema de saúde?

Sim. Já havia oferta de atenção especializada no município, porém, sob a lógica do modelo tradicional. Com a implementação das Unidades Básicas de Saúde e seu modelo de atenção primária houve a conversão, iniciada em 2003. Nos primeiros anos não houve uma expansão das UBS, mas uma conversão do modelo de atenção. O que era tradicional passou a ser saúde da família e a decisão política do prefeito na época foi transformar as unidades básicas da periferia do município, onde os indicadores de pobreza eram maiores, tanto de saúde como outros.

De certa forma, formou-se um “círculo” da ESF nas bordas periféricas da cidade. A parte central do município continuou sendo atendida pelas cinco unidades básicas tradicionais, enquanto as 15 UBS da periferia adotaram o modelo da ESF. Não à toa este prefeito foi reeleito e fez um sucessor que também conseguiu reeleição e assim os 16 anos de prefeitura do PT geraram uma estabilidade na política de equidade social, com repercussão na qualidade de vida, no acesso aos serviços de saúde e continuidade do cuidado. Foi aplicado um conceito de trabalho longitudinal, que ao longo do tempo mostra os seus efeitos em um espaço de 3 ou 4 anos.

Longitudinalidade, que você menciona ao final desta resposta, seria a palavra chave da ESF e seus resultados superiores frente ao modelo tradicional?

Sim, pois este conceito muda toda a lógica da assistência em saúde. A longitudinalidade é a ideia que coloca em ação Agentes Comunitários de Saúde, com áreas geográficas delimitadas. Eles fazem um diagnóstico de saúde da comunidade através do cadastro das pessoas e criam uma proximidade direta. Introduz-se a lógica daquilo que são as prerrogativas da Estratégia da Saúde da Família, de estar mais próximo das pessoas, fazer ações articuladas dentro da própria comunidade, acompanhamento das pessoas mais críticas. Essa foi a lógica de mudança na organização do serviço que diminuiu a mortalidade dos idosos em Bagé.

Também se começa a trabalhar com a lógica da regionalização, com serviços de referência e contrarreferência mais organizados, toda uma gama de ações que são implementadas e fazem a própria lógica do modelo de atenção primária e sua ESF. Falamos de conversão porque há uma diferença visível entre locais onde não havia nada e se implanta a ESF e quando já havia equipes de trabalho que passam pela mudança de modelo. Por exemplo, nas áreas tradicionais, não necessariamente havia um enfermeiro trabalhando na saúde da família. Na ESF, sempre há enfermeiro, agente comunitário, técnicos e auxiliares. A ESF também diminui o número de pessoas sob sua responsabilidade. A equipe que tinha de 5 a 6 mil pessoas para monitorar passa a trabalhar com 3 a 4 mil. São questões que ao longo do tempo favorecem a possibilidade de um cuidado longitudinal maior.

A ESF é responsável central pelo aumento da expectativa de vida da população brasileira, desde a diminuição da mortalidade infantil até a assistência a população idosa? Essa seria uma síntese fundamental dos 30 anos da ESF?

A saúde e mortalidade infantil é um dos indicadores mais sensíveis deste modelo. Temos observado estudos capazes de demonstrar que a saúde da família diminui a mortalidade infantil porque consegue melhorar as

condições de pré-natal e com isso também o acompanhamento das crianças pequenas ao longo do primeiro ano de vida, o que diminuiu a mortalidade infantil no nosso país. Com relação à população idosa, nós não tínhamos nada que mostrasse o peso da saúde da família e a magnitude dessa intervenção

Portanto, após 30 anos posso dizer que implantar um modelo com as características da ESF aumentou o acesso das pessoas aos serviços de saúde e também a qualidade da atenção. As pessoas conseguem ter os seus diagnósticos de problemas de saúde mais precocemente e também maior garantia do tratamento. Hipertensão, diabetes e todas as doenças crônicas se não tratadas de forma adequada aumentam a probabilidade de morte. Oferecer esse cuidado para as pessoas em situação de vulnerabilidade social as protegeu da morte precoce.

É certo que a covid-19 mexeu na expectativa de vida no Brasil, que vinha crescente e agora precisa ser novamente estudada. Isso ocorreu no mundo todo. Mas podemos dizer que, sim, as evidências mostram que a saúde da família protege a população brasileira desde o nascimento até a possibilidade de maior sobrevivência.

Tais indicadores se tornaram mais vulneráveis também pelo conjunto da obra dos governos Temer e Bolsonaro, com desfinanciamento do SUS e diminuição sistemática do número de Equipes da Saúde da Família e desmonte do Mais Médicos?

Vimos os efeitos na Política Nacional de Atenção Básica de 2017, um pouquinho antes do governo Bolsonaro, sob a presidência de Temer, que desvinculou, por exemplo, o número de agentes comunitários por equipe; bastava ter um. Assim, algumas características do modelo de atenção de saúde da família sofreram alterações. Por exemplo, no começo era exigido um único médico por equipe, em jornada de 40 horas semanais. Agora já é possível ter flexibilidade, ter dois de 20 horas e outras formas de contratação.

Portanto, o desmonte começa um pouquinho antes do Bolsonaro, com a PNAB de 2017, mas agravou bastante em seu governo em função de toda a falta de investimento na saúde, a diminuição do investimento de modo geral. Posso dizer, com certeza, que a política implementada durante o governo Bolsonaro, inclusive a forma de mudança no financiamento do Previde Brasil e a suspensão do Programa de Melhorias do Acesso à Qualidade, foram questões que, se não pioraram, não permitiram o crescimento de tais indicadores. E certamente algumas questões de saúde ficaram bastante comprometidas nesse contexto, principalmente com a diminuição dos médicos.

Logo no início de seu governo, Bolsonaro acabou com o Mais Médicos e deixou muitas equipes sem este profissional. Isso também influenciou diretamente na dificuldade do acesso da população aos serviços de atenção médica nas Equipes de Saúde da Família.

Realmente foi um retrocesso. Tivemos outros problemas com relação à vacinação, ponto bastante importante, todo um discurso antivacina que ao longo do tempo fez diminuir a cobertura de imunização da população.

Isso também impacta na morbidade da população, na taxa de acesso das pessoas a cuidados de melhor qualidade. E eram políticas que já vinham sendo realizadas há muitos anos. O nosso Programa Nacional de Imunização tem 51 anos. De fato, houve toda uma direção equivocada do ministério da Saúde durante o governo Bolsonaro.

E tais políticas de saúde como a ESF são dependentes de uma relação territorial com a população e, portanto, a experiência mostra uma sensibilidade grande em relação a decisões de governo em relação ao SUS e seu tamanho?

É algo a considerar quando analisamos os governos. A experiência de Bagé mostra que a estabilidade de políticas públicas durante um período grande como o observado melhorou de forma objetiva a saúde da população. Por outro lado, a instabilidade gera perda de todos os avanços que nós havíamos conseguido ao longo dessa implantação do Sistema Único de Saúde.

Em sua visão, como deve ser o futuro da ESF? Como ela deve acompanhar a mudança de perfil epidemiológico e demográfico brasileiro nas próximas décadas?

A Estratégia da Saúde da Família está bem encaminhada no sentido de que hoje a proposta é diminuir o número de usuários do SUS por equipe. Há uma perspectiva de expansão à medida que nós temos mais médicos para compor as equipes.

Quanto à mudança de perfil demográfico e etário de uma população que se encaminha para o envelhecimento, temos um desafio. Nós temos ainda a questão de poder cuidar das pessoas com multimorbidade. À medida que as pessoas estão envelhecendo, elas também estão acumulando doenças. Isso é um problema no que se refere à capacitação dos recursos humanos para tratar as pessoas com multimorbidade.

E aí o risco de iatrogenias (resultados indesejados de ações em saúde do paciente) é grande. Nós precisamos manter e melhorar ainda mais a nossa qualidade desde o pré-natal até a adolescência e vida adulta. E aqui aparece a questão da multimorbidade, além das doenças infecciosas que persistem em nosso país. Precisamos recuperar as taxas de vacinação, principalmente na primeira infância, melhorar ainda mais o cuidado das gestantes, que apesar ter melhorado muito ainda tem déficits de acesso ao pré-natal, exames laboratoriais, ultrassonografia. Isso tudo teve um aumento, em especial entre 2012 e 2017, mas exames de mamas e outras avaliações físicas estagnaram, e para melhorar taxas de amamentação é necessário aprimorar as orientações. Tudo que depende de promoção da saúde tem um campo bem importante de possibilidade de expansão.

Devemos deixar de focar a doença e olhar para as questões da saúde. Eu falo isso porque sou responsável por um projeto de enfrentamento da obesidade, hipertensão e diabetes. E para nós podermos enfrentar as altas taxas de hipertensão, diabetes e obesidade, temos de trabalhar com promoção da saúde para toda a população, no sentido de diminuir o consumo de alimentos ultraprocessados, de bebidas açucaradas, combater o sedentarismo e melhorar a prática da atividade física.

Nossa população também está com a prevalência de obesidade, sobrepeso, questões assustadoras no Brasil de hoje. Junto com isso, as doenças crônicas vão aumentar. Quem vive acima do peso, com obesidade, tem mais chance de adquirir hipertensão e diabetes. É por isso que digo que devemos inverter a lógica de promoção da saúde e trabalhar na perspectiva de prevenção antes de tratar a doença. Penso que este é o grande desafio a ser articulado à Estratégia da Saúde da Família e, por exemplo, com a saúde escolar para as novas gerações já terem consciência da necessidade de investimento no autocuidado. Não há sistema público de saúde que consiga atender a tanta doença. Nós precisamos também que as pessoas se sintam responsáveis pela sua saúde, pelas suas escolhas alimentares, pelas suas escolhas em termos de estilo de vida.

Nessa perspectiva eu imagino um país que ainda tem uma tripla carga de doenças infecciosas e não transmissíveis. Isso sem falar na questão da violência como problema. São ações também intersetoriais. A saúde não pode estar desarticulada com outros setores, pensando inclusive do próprio conceito de saúde, do sistema público de saúde, acesso a lazer, moradia, saneamento básico, trabalho decente, que entram em nosso conceito de saúde e dependem de articulação intersetorial.

É só observar o estrago em São Paulo, onde as pessoas dependem de energia elétrica para conservar uma insulina. Com o apagão, a pessoa perde remédios, fica um tempo sem se tratar corretamente e precisa conseguir tais produtos novamente. Tudo isso compromete. É nessa perspectiva que hoje se discute a ideia de Saúde Única, como preconiza o governo e seu Plano de Ação Uma Só Saúde, baseado no conceito One Health defendido pela OMS.

A saúde de um povo não é só resultado das políticas de saúde especificamente. A doença é resultado do desequilíbrio de muitas questões. A questão financeira é superimportante. A saúde da família traz possibilidade de proteger a população mais vulnerável pela própria concepção de modelo e suas características de longitudinalidade do cuidado.

Decisões de adotar o Plano de Ação Uma Só Saúde e expandir a ESF com a criação das Equipes Multiprofissionais (e-multis) tendem, portanto, a dialogar com os objetivos e necessidades aqui expostos e até melhorar nossos indicadores gerais de saúde?

Tudo começa com um serviço de saúde próximo da sua casa, que é o primeiro contato. Devemos melhorar a coordenação do cuidado, incluindo a gestão de casa. Precisamos de coordenação do cuidado bem estabelecida, referências, contrarreferências, a forma como a pessoa circula dentro do sistema de saúde precisa estar acompanhada para evitar fragmentação desse cuidado. É necessário acompanhar todo o trajeto do paciente, quando passam a outro setor, especialidade e como retornam à atenção primária após concluírem determinado tratamento.

As Equipes Multiprofissionais são aliadas deste projeto por significar um reconhecimento da necessidade de expansão da ESF, no sentido de incluir outras profissões na linha de cuidado, como nutricionista, educador físico, assistente social. São profissões muito importantes para dar apoio aos médicos, enfermeiros e odontólogos que estão na linha de frente. Hoje, como as questões são mais complexas e exigem uma ação de outros setores, há necessidade de inclusão destes novos profissionais na linha de cuidado.

Acredito que as e-multis darão uma grande possibilidade de expansão como um apoio às equipes da ESF, inclusive em termos de saúde mental.

Via Outras Palavras

Compartilhe nas redes: