



Implicaciones del envejecimiento poblacional en el proceso de trabajo de residentes multiprofesionales en salud familiar, Foz do Iguaçu, 2021

Impacts of population aging on the work process of multiprofessional residents in family health, Foz do Iguaçu, 2021

Roberth Steven Gutiérrez Murillo¹ 

¹ Universidad Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.

Recibido: 03/04/2022

Aceptado: 03/05/2022

RESUMEN

El trabajo buscó investigar posibles implicaciones del envejecimiento poblacional en el proceso de trabajo de residentes multiprofesionales que componen la fuerza de trabajo de la Estrategia de Salud Familiar en una municipalidad brasileña. Se llevó a cabo un estudio transversal, de cuño descriptivo, que adoptó el método de análisis mixto, según la naturaleza y origen de los datos. El texto expone dificultades enfrentadas/narradas por las profesionales, bien como destaca percepciones que pueden, de cierto modo, encontrarse influenciadas por subjetividades que ilustran puntos a ser analizados con prudencia, principalmente en estudios venideros. Se constató que las actitudes laborales adoptadas por las residentes permean una visión positiva sobre el cuidado prestado a la persona anciana, destacando la importancia del vínculo, del reconocimiento territorial y del funcionamiento de las redes locales de atención sanitaria. Sin embargo, los resultados también demostraron bajo grado de conocimiento entre las profesionales sobre instrumentos geriátricos-gerontológicos que nortean la atención a la salud del anciano, lo que podría afectar la calidad de la asistencia sanitaria providencia.

PALABRAS CLAVE: Ancianos, Sistema de Salud Unificado, Gestión Gerontológica, Gerontología Social

ABSTRACT

This paper sought to investigate possible implications of population aging in the work process of multiprofessional residents who make-up the Family Health Strategy workforce in a Brazilian municipality. A descriptive cross-sectional study was carried out, adopting the mixed method of analysis, according to the nature and origin of the data. The paper exposes difficulties faced/ reported by the professionals, as well as highlights perceptions that may, in a certain way, be influenced by subjectivities that illustrate points to be analyzed with caution, especially in future studies. It was found that the work attitudes adopted by the residents permeate a positive view of the care provided to the elderly, highlighting the importance of the bond, territorial recognition and the functioning of local healthcare networks. However, the results also showed a low degree of knowledge among the professionals about geriatric-gerontological instruments that guide healthcare for the elderly, which could affect the quality of the health care provided.

KEY WORDS: Elderly, Unified Health System, Gerontological Management, Social Gerontology.

AUTOR CORRESPONDIENTE: Roberth Steven Gutiérrez Murillo. Doctorando en Gerontología Biomédica. Universidad Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Porto Alegre, Brasil.

Email: stevengumu@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El fenómeno social del envejecimiento poblacional viene constituyéndose como temática de discusión multidisciplinar durante las últimas décadas, en todos los países del globo. Sin embargo, es a partir del Nuevo Milenio que se observa una intensificación en la producción científica, direccionada a justificar y encontrar respuestas a la sobrevida humana y a las dinámicas demográficas tan expresivas en el escenario internacional (Muniz, Freitas, Oliveira y Lacerda, 2018; Osorio-Parraguez et al., 2022).

En Latinoamérica, es apreciable una tendencia heterogénea en la estructura etaria de los países, que se relaciona directamente con la dinámica demográfica vista desde la década de 1970. Ello se debe, principalmente, a las divergencias en el perfil de desarrollo humano y, evidentemente, al grado de acceso a los servicios y programas de salud. Otros incidentes multidimensionales, como la migración del campo a la ciudad, las mudanzas tecnológicas y la multi-configuración de los núcleos familiares contemporáneos implican papeles relevantes en el advenimiento del envejecimiento poblacional (Peña, Ones y Cruz, 2015). Cabe recordar que los impactos evidenciados a raíz del envejecimiento de la población no sólo dictan respecto al aumento de la demanda asistencial en los sistemas públicos, sino que también traen consigo una serie de entrabes de índole social, económico, ambiental y político. Se discute un ritmo acelerado de crecimiento poblacional que ultrapasa las capacidades resolutorias de las naciones latinoamericanas, reafirmando como uno de los mayores desafíos en la actualidad.

Acompañando lo expuesto, el caso de la senectud brasileña se torna interesante y merece ser analizada con cautela. Proyecciones sociodemográficas de la Organización Mundial de la Salud – OMS, colocan dicha nación en la sexta posición entre los países más envejecidos en el mundo para el año 2050 (OMS, 2015). Lo anterior no sólo conlleva a una mayor demanda para los sistemas asistenciales, como son la salud pública y la asistencia social, sino que hace notoria la necesidad de cualificar y perfeccionar la organización de las redes de atención al adulto mayor, en todos los niveles asistenciales.

El Sistema Único de Salud (en adelante SUS) constituye el producto final de esfuerzos multitudinarios de la sociedad brasileña, que tuvieron por fundamentos superar la opresión social, la precarización en la asistencia médica y la inserción de mecanismos de democracia sanitaria, antes ausentes en el ordenamiento jurídico-sanitario brasileño (Castro et al., 2019). Frente a su creación, en 1988, el SUS adoptó la universalidad, la integralidad y la equidad como principios basilares, haciendo de la salud un derecho irrenunciable de todo ciudadano y, de ese modo, un bien público de responsabilidad inmediata del Estado brasileño (Brasil, 1990).

La marcada orientación comunitaria y el fortalecimiento de las acciones de promoción, prevención, rehabilitación y recuperación de la salud, hacen del SUS un sistema de salud pública extremadamente complejo, lo que requiere de una excelente coordinación entre todos los niveles asistenciales para su óptimo funcionamiento. Con la visión puesta en alcanzar las premisas doctrinarias, fue implantada la Estrategia de Salud Familiar (en adelante ESF), siendo el modelo preferencial para la reorganización de la atención primaria en el SUS (Macinko y Mendonça, 2018). El súbito aumento de la población geriátrica repercutió, por parecido, en la urgencia de formar profesionales sanitarios capaces de lidiar con un público tan complejo y heterogéneo como son las personas adultas mayores. Sobre esa línea de pensamiento crítico, los ministerios públicos brasileños de Salud y de Educación enlazaron esfuerzos y propusieron la creación de los programas de Residencia Multiprofesional en Salud Familiar (en adelante RMSF), contribuyendo con el perfeccionamiento de los equipos sanitarios e incorporando cambios drásticos en el diseño técnico y asistencial del SUS (Lucas et al., 2016).

En el ámbito de la RMSF, abordar el fenómeno del envejecimiento poblacional corresponde a uno de los principales desafíos para los profesionales y sistemas locales de salud, por entenderse que la fragmentación del cuidado arremete directamente con la calidad y la capacidad resolutoria de las acciones prestadas. De tal modo, la RMSF hace frente y promueve el envejecimiento activo, a través de la integralidad de la atención a las personas adultas mayores, considerando su inserción en el contexto social y sus capacidades para desarrollar potencialidades de autocuidado (Rigon et al., 2016).

Ante el panorama descrito, este trabajo cuestiona posibles implicaciones del envejecimiento poblacional en el proceso de trabajo de residentes multiprofesionales, que componen la fuerza de trabajo de la ESF en una municipalidad brasileña localizada en región de triple frontera internacional.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación recibió aprobación del Comité de Ética del Centro Universitario União das Américas (UNIAMÉRICA), con número de dictamen 4.758.232. Asimismo, se obtuvo la aprobación institucional de la Dirección Municipal de Salud de Foz do Iguaçu/PR, a través del Protocolo Municipal, con número de solicitud 5530/2021. De este modo, la investigación cumplió con las directrices técnicas contenidas en las Resoluciones n.º 466/12 y n.º 510/16 del Ministerio de Salud de Brasil.

Se llevó a cabo un estudio transversal, de cuño descriptivo, que adoptó el método de análisis mixto, según la naturaleza y origen de los datos. Por valorizar la riqueza de las informaciones plasmadas en esta investigación, se justifica el uso suplementar entre el método cuantitativo y el cualitativo, lo que abre paso a la descubierta de resultados más integrales y fieles a la realidad analizada (Sánchez-Gómez, Rodrigues y Costa, 2018).

El estudio incluye una muestra de 18 profesionales sanitarios, de seis áreas formativas diferentes, siendo respectivamente: enfermería (n= 4), salud pública (n= 3), odontología (n= 3), terapia física (n= 3), nutrición (n= 3) y psicología (n= 2), que mantenían vínculo activo en el programa de RMSF, actuantes en la Secretaría Municipal de Salud de Foz do Iguaçu/PR, durante el primer semestre de 2021.

La selección de las participantes se dio por muestreo intencional no probabilístico. Las unidades básicas de ESF constituyeron el escenario de análisis y de recogida de datos en esta pesquisa. Previo a la recogida de datos se realizó una reunión informativa junto a los gestores de cada unidad básica de ESF, con el objetivo de presentar la investigación y obtener la liberación institucional. Considerando que esta investigación se desarrolló aún durante el período de crisis sanitaria por la enfermedad del nuevo coronavirus 2019, se dio preferencia al uso de tecnologías virtuales, acatando las directrices sanitarias nacionales e internacionales.

Se aplicó un cuestionario semiestructurado, en línea (plataforma survey.com.br, versión paga), que contenía datos relativos al perfil sociodemográfico de los residentes y la experiencia profesional en la atención geriátrica-gerontológica, con tiempo promedio de respuesta de 24mins. El instrumento de pesquisa pasó por verificación de confiabilidad, apuntando un Alfa Cronbach de 0,889. Para evaluar los criterios de calidad asistencial se empleó la Escala de Atributos de Atención en los Servicios de Salud, validada recientemente en Brasil por Andrade et al., (2019). Referido instrumento admite cinco atributos principales, siendo: aspectos tangibles, confiabilidad, capacidad de respuesta, garantía y empatía. Al considerar las particularidades del presente estudio, se fijaron apenas los tres últimos atributos. A su vez, cada atributo es dividido en subgrupos de cuestiones, respondidas en Escala Likert (discuerdo; concuerdo parcialmente e; concuerdo completamente).

Análogamente, las variables “percepciones”, “conocimientos sobre instrumentos gerontológicos” y “actitudes sobre el cuidado de la persona adulta mayor” fueron examinadas en Escala Likert (irrelevante, parcialmente relevante y relevante; sí y no). Se definieron los siguientes criterios para la clasificación final de los atributos y los respectivos subgrupos: cinco respuestas

discordantes (neutral); de seis a doce respuestas de concordancia parcial (intermedio); y con trece o más respuestas completamente concordantes (alto).

Los datos fueron situados en libros estadísticos de Microsoft Excel®, versión 2019. En el caso de las variables numéricas, se empleó estadística descriptiva e inferencial. Inicialmente, fue verificada la normalidad y homocedasticidad de los datos. Valores independientes fueron constatados por test t de Student. Se estableció un margen significativo de valores inferiores a 5% ($p < 0,005$) para todos los análisis inferenciales. Las exámenes estadísticas ocurrieron en el programa Graphpad Prism®, versión 9.2.0, compatible con el sistema operativo macOS Big Sur, versión 14.4.0. La presentación de datos se basa en medidas de dispersión y gráficos de proporción y diferenciación de pesos.

El proceso de organización y análisis de las variables cualitativas priorizó el método de Análisis del Discurso, que permite absorber detalles del trinomio lengua-discurso-ideología (Carcamo, 2018). Los significados narrados por los participantes fueron agrupados por afinidad y pasaron por un proceso de corrección lógico-gramatical sin menoscabar ideas centrales, lo que permitió consolidar márgenes de sentidos. Además, los discursos fueron tipificados de acuerdo al modelo asistencial al cual atribuyeron sentidos (salud= acceso a informaciones; salud= ausencia de patología/agravio o; salud= visión ampliada).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El análisis del perfil sociodemográfico apuntó predominancia del sexo femenino ($n=16$; 88,8%), color de piel blanca ($n=10$; 55,5%), estado civil soltera ($n=17$; 94,4%), edad promedio de $27,72 \pm 4,4$ años (límite etario inferior de 22 y superior de 38 años), religión católica ($n=9$; 50%). La mayoría refirió haber concluido curso de posgrado en nivel de especialización ($n=12$; 66,6%). En promedio, los residentes tenían $11,06 \pm 5,71$ meses de actuación en el programa de RMSF (límite inferior de 6 y superior de 18 meses) y $8,83 \pm 5,83$ meses trabajando en sus respectivas unidades de salud ESF (límite inferior de 1 y superior de 17 meses).

Casi todas informaron no vivir en la localidad donde ejercían sus actividades profesionales ($n=17$; 94,4%). Cuando consultadas sobre la realización de cursos de capacitación en materia gerontológica, precedente a su inserción en el programa de RMSF, se observaron resultados desfavorables en 88,8% de las participantes. Esa variable también condijo con la lectura del vínculo, en que 50% de las participantes afirmaron conocer más de la mitad de los adultos mayores (vínculo intermedio) y el otro 50% sostuvo que conocían poco o nada (vínculo débil). El grado de reconocimiento de la población adscrita estuvo estadísticamente asociado al tiempo de actuación en la unidad básica de ESF ($p < 0,0001$) y de inclusión a la RMSF ($p < 0,003$).

La autopercepción sobre el ambiente de trabajo (físico y social) permitió constatar superioridad en la filosofía de actuación interprofesional ($n=10$; 55,5%). Entre las principales actividades realizadas junto al público geronte, se destacan, en orden de prioridad: grupos de promoción de salud (actividad física, cognitiva y social); exploración multidimensional de fragilidad; acogimiento de la demanda espontánea y acompañamiento de consultas programadas; acciones de

prevención de agravios/enfermedades; acompañamiento de visitas domiciliarias y; orientación sobre el funcionamiento y organización del servicio de salud.

Frente al palmario envejecimiento poblacional, se interrogó el nivel de confianza que las residentes perciben en el contacto asistencial con adultos mayores. Los resultados señalan que el 72,2% se siente “más o menos capacitada” para manejar las exigencias oriundas de ese grupo de usuarios. Dicha variable encontró significancia estadística con “no haber recibido curso de capacitación” ($p < 0,001$) y “poseer vínculo débil” con el adulto mayor asistido ($p < 0,004$). Esta última variable, “poseer vínculo débil” con la población geriátrica asistida fue referida por más de la mitad de los participantes ($n=11$; 20,37%), lo que magnifica el grado de complejidad enfrentado por los profesionales sanitarios, frente al desafío de providenciar una atención integral a la salud del adulto mayor.

Sumando a lo expuesto, fue instado que las residentes citasen las tres primeras palabras que les venían a la mente para representar su cotidiano con ancianos. Llama la atención que grande parte generalizó el uso de términos positivos, tales como: gratificante ($n=11$; 20,37%); satisfactorio ($n=19$; 35,18%); enriquecedor ($n=14$; 25,9%); importante ($n=27$; 50%) y motivador ($n=8$; 14,8%). Ahora bien, la misma pregunta reafirmó el grado de exigencia que puede llegar a tener la asistencia geriátrica-gerontológica, al surgir conceptos como: desafiador ($n=23$; 42,59%); complejo ($n=15$; 27,7%); complicado ($n=16$; 29,6%) y agotador ($n=12$; 22,2%).

La Tabla 1 reúne los resultados atribuidos al grado de conocimiento de instrumentos geriátrico-gerontológicos. De forma general, las informaciones exponen inconvenientes de índole teórico-prácticos en el proceso de trabajo de las residentes que podrían ser explicados, en cierta medida, por el bajo grado de conocimiento sobre los materiales oficiales elaborados por el Ministerio de Salud Pública, que tienen por misión facilitar el contacto en el trípode usuario – profesional sanitario – sistema público de salud en el contexto de la ESF.

No conocer las especificidades del Cuaderno de Salud de la Persona Adulta Mayor ($p < 0,0001$) ni el Estatuto de la Persona Adulta Mayor ($p < 0,0001$) exhibió correlación estadísticamente significativa con las variables “vínculo débil con el usuario” ($p < 0,0001$) y “sentirse más o menos capacitada” ($p < 0,0002$). Por otro lado, la Línea Guía de Salud de la Persona Anciana Paranaense se destacó como el instrumento gerontológico de menor conocimiento para los profesionales ($n=5$; 27,7%), poniendo en relieve un enorme contratiempo para la concretización de una asistencia holística en salud de la persona adulta mayor paranaense.

Tabela 1: Examinación inferencial del grado de conocimiento sobre instrumentos geriátrico-gerontológicos de las residentes multiprofesionales, Foz do Iguaçu/PR, 2021.

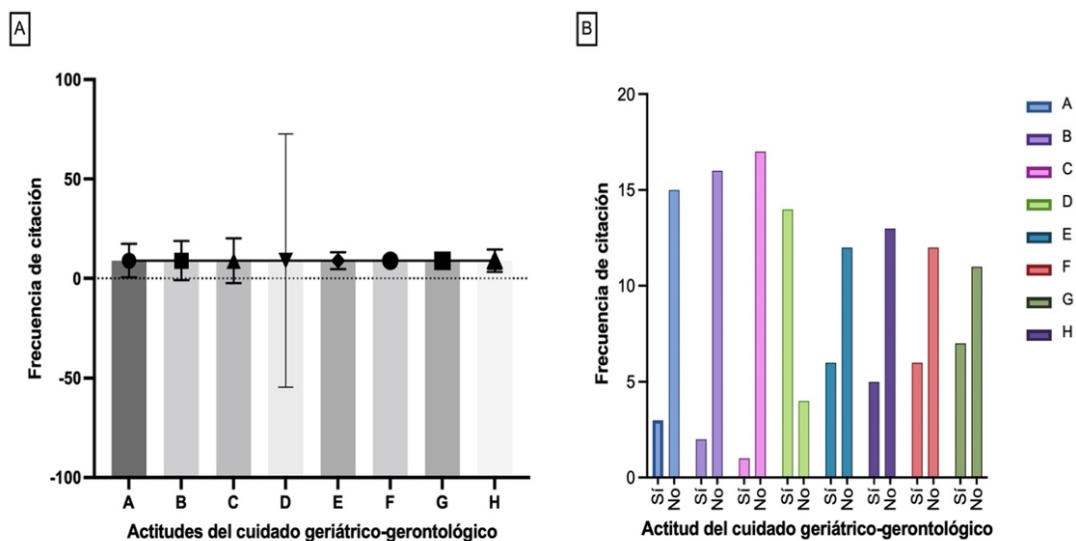
Instrumento	Conoce (%)	IC95%	p
CSPAM ¹	8 (44,4)	[0,1902 a 1,6987]	0,0001 ^t
LGSPAM ²	5 (27,7)	[0,04858 a 0,5070]	0,0790
EPAM ³	10 (55,5)	[0,3012 a 0,8098]	0,0001 ^t
PNSPAM ⁴	9 (50,0)	[0,2441 a 0,7559]	0,6423
CNDA ⁵	9 (50,0)	[0,2441 a 0,7559]	0,6423
CAB #19 ⁶	9 (50,0)	[0,2441 a 0,7559]	0,6423
Sentirse más o menos capacitada		[0,1342 a 0,2213]	0,0002 ^t
Vínculo débil con el usuario		[0,04212 a 0,1211]	0,0001 ^t

¹CSPAM: Cuaderno de Salud de la Persona Adulta Mayor; ²LGSPAM: Línea Guía de Salud de la Persona Anciana Paranaense; ³EPAM: Estatuto de la Persona Adulta Mayor; ⁴PNSPAM: Política Nacional de Salud de la Persona Adulta Mayor; ⁵CNDA: Consejo Nacional de los Derechos del Anciano; ⁶CAB #19: Cuaderno de Atención Básica #19. ^tEstadísticamente significativo al nivel $p < 0,005$.

La comprobación de actitudes respecto a la asistencia geriátrica-gerontológica permitió identificar posicionamientos cargados de aforos ideológicos sobre el mismo proceso de envejecimiento humano, ante todo asociados a la concepción patológica de la salud (Figura 1B). El parámetro ‘actitud’ se afilia directamente con la perspectiva laboral y la producción de actos en salud, motivo por el cual se torna de extrema relevancia para las averiguaciones contextuales en el ámbito de las redes asistenciales en salud del adulto mayor.

A grandes rasgos, las actitudes laborales adoptadas por las profesionales permean una visión positiva sobre el cuidado prestado. En especial, cabe notar que aun cuando las mismas no consiguen resolver las demandas institucionales captadas en la ESF, la posibilidad de consultar con otro colega se encuadra entre las principales alternativas ($n=14$; 77,7%). Sin embargo, esta investigación comprobó posicionamientos controversiales (Figura 1A) que podrían opacar la expansión de los principios basilares del SUS, al plantear que un número cuantioso percibe negativamente su actuación con ancianos, sea por aspectos físico-emocionales ($n=12$; 66,6%), sea por la desvalorización de las funciones desempeñadas por sus colegas ($n=12$; 66,6%).

Figura 1: Actitudes autorreferidas por las residentes en la asistencia geriátrica-gerontológica ESF, Foz do Iguacu/PR, 2021.



A= El envejecimiento representa un gasto necesario para el sistema público de salud. **B=** Los ancianos generalmente requieren de muchas atenciones especiales que acaban por interrumpir mi trabajo. **C=** Mi trabajo sería más tranquilo si no tuviera que lidiar con ancianos en mi cotidiano. **D=** Aún cuando no consigo resolver el problema del anciano inmediatamente, busco informarme o preguntarle a un colega. **E=** La atención al adulto mayor se vuelve una cuestión física y emocionalmente agotadora. **F=** El trabajo de mis colegas interfiere positivamente en el mío. **G=** Trabajar con adultos mayores es una actividad agradable. **H=** Mi trabajo interfiere positivamente en el de mis colegas.

Respecto a las demandas prevalentes en la población geriátrica, las participantes citaron con mayor incidencia: enfermedades crónicas no transmisibles – ECNT (n=15; 83,3%), solicitud y renovación de fármacos (n=14; 77,7%), soledad o depresión (n=11; 61,1%), direccionamiento a servicios especializados (n=11; 61,1%) y dificultades para desplazamiento y distancias largas para acceder al sistema de salud (n=9; 50,0%).

Ser y/o estar saludable fue relacionado directamente con concepciones patológicas de la salud, que en su mayoría mostraron trazos marcados por el modelo médico-hegemónico (n=10; 55,5%). Para entender las concepciones que las profesionales tienen sobre el proceso de envejecimiento humano, la persona adulta mayor y el significado de la salud del adulto mayor, fueron realizadas preguntas abiertas (Tabla 2). A través de los pensamientos transmitidos emergieron tres ejes de análisis central: “Gestión del Cuidado Gerontológico – GCG”; “Asistencia a la Persona Adulta Mayor – APAM” y “Aspectos Geriátrico-Gerontológicos Multidimensionales – AGGM”.

Tabela 2: Concepciones sobre el proceso de envejecimiento humano, el usuario envejecido y el concepto de salud del adulto mayor, de acuerdo con las residentes RMSF, Foz do Iguacu/PR, 2021.

Ejes	Discursos de las residentes multiprofesionales
GCG	<p>“Cuidar del anciano no es fácil. Generalmente requiere mucho tiempo y no se trata de un cuidado que resuelva sus necesidades de forma inmediata. A veces necesitamos organizar acciones con otros profesionales porque entendemos que solas no podríamos darle el mejor cuidado. Trabajamos mucho con la perspectiva longitudinal y la dimensión del cuidado domiciliario, cuando pensamos ser la única opción disponible para el anciano” (Enfermera).</p> <p>“El usuario envejecido ya viene con muchos problemas acumulados. Muchas veces se trata de cuestiones que podrían haber sido resueltas si el sistema se articulase de forma integrada. Es común ver trabajadoras sociales aquí en la unidad de salud, que vienen a buscar informaciones sobre los ancianos porque ellas no las consiguen con sus familiares o vecinos, por ejemplo” (Psicóloga).</p> <p>“Los sistemas electrónicos internos han mejorado mucho. Ahora conseguimos tener acceso al histórico clínico de nuestros pacientes y eso es algo muy relevante para las personas ancianas, ya que ellos tienen un histórico más amplio, con un número de consultas importante” (Odontóloga).</p> <p>“Muchas cosas necesitan cambiar. Los procesos de referencia y contra-referencia son siempre un asunto de discusión. El anciano ya visita nuestras unidades con un perfil fragilizado. Cargarlo de burocracia no ayuda en nada su cuadro clínico” (Salubrista).</p>
APAM	<p>“El usuario anciano no sólo presenta necesidades del tipo patológico. Puedo recordarme de muchas ocasiones en las que una simple conversación con la persona ayudó a resolver su problema de salud. Es un público muy fragilizado y con muchas dificultades que se extienden en el ámbito social también” (Terapeuta Físico).</p> <p>“Mi actuación se resume mucho al contexto clínico-asistencial. Siento que a veces no me sobra el tiempo que desearía tener, para poder prestarle la atención debida a los adultos mayores. Ellos realmente requieren de mucho más tiempo, para procesar las informaciones, para entender lo que les indicamos” (Nutricionista).</p> <p>“La demanda aquí en la unidad de salud ESF es bastante alta, con relación a ese público. Al día recibo, en promedio, más de 25 consultas con ancianos. Por eso he intentado actualizarme lo máximo que he podido, porque además del tiempo que abarca una consulta gerontológica, la complejidad es un factor a considerar” (Odontóloga).</p> <p>“Foz do Iguacu/PR es una localidad con varios adultos mayores, lo que acaba por sobrecargar las demandas recibidas en la atención primaria. Diversas acciones han sido realizadas a nivel de la gestión micro y macro, para intentar aliviar el peso asistencial. Eso hace, consecuentemente, con que la asistencia que damos en el SUS sea de calidad y que responda necesariamente a las demandas traídas al sistema. La ESF nos ayuda mucho en la identificación de escenarios que son ajenos a la realidad que observamos en la unidad básica de salud” (Salubrista).</p>
AGGM	<p>“En particular, las enfermedades crónicas no transmisibles son el punto central en mi trabajo con adultos mayores. Eso, además de la cuestión de la polifarmacia y las dificultades en la ejecución de actividades instrumentales y básicas de la vida diaria, representan las principales áreas en las cuales actúo con el público geriátrico. Raramente discuto las situaciones de salud con sus parientes, porque en la mayoría de las consultas los ancianos vienen sin compañía o, entonces, mi equipo y yo realizamos las visitas domiciliarias, para evitar el traslado del anciano hasta el servicio de salud, cuando no posee las mejores condiciones” (Enfermera).</p> <p>“Yo veo que existen muchas formas de mejorar la calidad del cuidado que como equipo multiprofesional facilitamos a los usuarios de mayor edad. Sin embargo, no es secreto que la gestión poco se preocupa por providenciarnos con esos espacios de perfeccionamiento. Tal vez eso se deba a las demandas reprimidas que tenemos en casi todas las unidades de salud. Aminorar las consultas para actualizarnos, uno o dos días, no hará con que el sistema pare de funcionar. Siempre pensé de esa forma” (Terapeuta Física).</p> <p>“Tuve la experiencia de participar en un grupo focal para implantar una acción de educación continuada en materia pediátrica. Fue muy interesante y enriquecedora. Creo que sería un acierto replicar ese tipo de acciones con el público geriátrico. Son espacios en los cuales se aprende mucho, inclusive de aspectos que ya deberíamos dominar, empero el tiempo haga con que uno no siga adquiriendo más conocimientos frescos. Las cosas mudan, de igual manera lo hacen las alternativas asistenciales” (Nutricionista).</p>

La correlación de la escala de atención en los servicios de salud apuntó divergencias entre los atributos y los subgrupos observados. En esta investigación hubo predominancia del criterio 'conuerdo parcialmente' en los tres atributos explorados: 'capacidad de respuesta' (47,22%), 'garantía' (48,51%) y 'empatía' (38,89%). Cabe mencionar que el mayor grado de discordancia fue adjudicado al atributo 'empatía' (31,94%), en el cual un número importante de residentes manifestaron haber mayores dificultades institucionales (Figura 2). Aún abordando ese último atributo, exámenes inferenciales constataron fuerte significancia estadística entre concordar parcialmente y tener vínculo débil con el usuario asistido ($p < 0,002$).

En relación a los subgrupos, tuvo supremacía la categorización 'intermedia' en los atributos 'capacidad de respuesta' y 'garantía'. En compensación, todos los subgrupos concentrados en el atributo 'empatía' fueron categorizados como 'neutrales' (Figura 2C). Dichas dicotomías exponen escenarios inconvenientes para la concretización de la asistencia geriátrica-gerontológica integral y humanizada, ya que describen contratiempos institucionales, ambientales e ideológicos del proceso de trabajo con personas adultas mayores. Es igualmente interesante señalar que ningún atributo, bien como ningún subgrupo, alcanzó el coeficiente mínimo para caracterizarse como 'alto'.

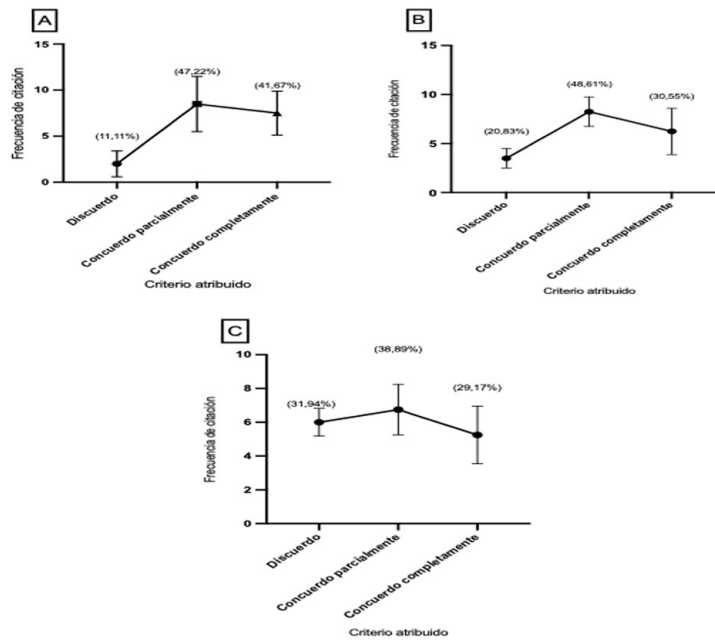
A lo planteado se suma que el trabajo sanitario con personas adultas mayores, tanto en el ambiente institucional como en el domiciliario, parece seguir un modelo inmediateista y organizado para solventar demandas de tipo agudas, sin dar la importancia necesaria al manejo de ECNT, tan palpitantes en esa población. Así, las contribuciones sugeridas por la ESF van más allá del producto asistencial (entendido como el diferencial entre la demanda resuelta y la reprimida) una vez que dicho modelo concede relevancia especial a la promoción de la salud (envejecimiento activo y saludable), combatiendo directamente la incidencia de patologías evitables (Jardim y Navarro, 2017).

Resultados de este estudio colocan las ECNT como la demanda de envergadura para las unidades básicas de ESF, lo que mantiene concordancia con estudios nacionales efectuados con residentes multiprofesionales (Santos, Tonhom y Komatsu, 2016; Nakata, Costa y Bruzamolín, 2017). Por su parte, las ECNT refieren mayor búsqueda a los servicios de salud y aumento de las internaciones hospitalarias en la población anciana, además de agrupar gastos superiores por medicación y por tiempo de hospitalización, cuando comparados a otros grupos etarios. Adicionalmente, los coeficientes de morbilidad y mortalidad por ECNT en ancianos repercuten en la reorganización de los sistemas locales de salud, proyectando la necesidad de elaborar e implementar indicadores de acompañamiento y evaluación que actúen de modo a reducir los costes, sin, con todo, poner en riesgo la integralidad y efectividad del cuidado providenciado (Malta et al., 2021; Silva, Sousa y Alves, 2020).

Empero la asistencia geriátrica-gerontológica sea uno de los ejes centrales en la ESF, aún se percibe que la inserción de los profesionales al programa de RMSF no es acompañada por una formación simétrica, lo que imposibilita que el cuidado multidisciplinar prestado al anciano acierte el diálogo entre lo teórico y lo práctico (Romero, Pires, Marques y Muzzy, 2019). En relación a

ello, este trabajo constató bajo grado de conocimiento sobre instrumentos geriátrico-gerontológicos, que tienen por fundamento orientar y organizar la prestación del cuidado socio-sanitario direccionado al anciano. La revisión integradora levantada por Ramos et al., (2019) advierte sobre los beneficios del CSPAM para las acciones concebidas en la ESF, ya que las informaciones plasmadas en tal documento auxilian los profesionales durante las consultas geriátricas, impactando directamente en la calidad y eficiencia institucional ofrecida al público geriátrico.

Figura 2: Escala de Atributos de Atención en los Servicios de Salud, de acuerdo con las residentes multiprofesionales en salud familiar, Foz do Iguaçu/PR, 2021.



Ejes	Discursos de las residentes multiprofesionales
A	El equipo sanitario busca resolver, con rapidez, los problemas del anciano. intermedio . El equipo sanitario informa sobre los servicios ofrecidos por a unidad básica de ESF. intermedio . El equipo sanitario realiza, con rapidez, la visita domiciliaria al anciano siempre que es solicitada. intermedio . El equipo sanitario demuestra tranquilidad y buena voluntad para resolver las preguntas del anciano, aún cuando se encuentra ocupado. intermedio .
B	Es fácil y rápido para el anciano llegar hasta el centro de salud. intermedio . Las orientaciones dadas por el equipo sanitario sobre el diagnóstico, tratamiento, evolución de la enfermedad y exámenes son fáciles de entender. intermedio . El equipo sanitario transmite confianza y seguridad a los ancianos. intermedio . La unidad básica de ESF tiene los equipamientos y materiales necesarios para realizar el tratamiento del anciano. intermedio .
C	El anciano es atendido con educación y cortesía. neutral . El equipo sanitario demuestra paciencia e interés para escuchar las dudas, quejas o sugerencias del anciano. neutral . El equipo sanitario conoce los problemas de salud y las necesidades de los adultos mayores. neutral . El equipo sanitario proporciona apoyo emocional a los ancianos, principalmente a aquellos más debilitados. neutral .

Fuente: Elaborado por el autor (2022).

Es importante tener presente que las necesidades de los residentes en el programa de RMSF están intrínsecamente relacionadas con la calidad de la asistencia prestada al anciano. Elementos tales como buena estructura física, la formación actualizada, la existencia del vínculo institucional y la disponibilidad de equipamientos básicos para la ejecución de las tareas cotidianas, conforme cada profesión, detienen el potencial para obstruir o promover el alcance de los objetivos propuestos por la ESF. Esos son aspectos ampliamente destacados en la literatura multidisciplinaria y, por ende, sirve llevarlos en consideración a lo largo de los diagnósticos situacionales que involucran a la población envejecida (Cabral et al., 2019).

Especial mención debe ser dada a la LGSPAM, que describió mayor grado de desconocimiento por las residentes, a pesar de ser uno de los instrumentos oficiales más relevantes para el andamiaje de programas y acciones para la vejez en el Estado del Paraná. La incorporación de la LGSPAM en los servicios de salud paranaenses resume esfuerzos colectivos de profesionales sanitarios y de áreas a fin, que reconocen que el impacto multidimensional del envejecimiento poblacional debe ser examinado y tramitado de forma expeditada, por constituir uno de los mayores desafíos para los sistemas de asistencia pública (Secretaria do Estado da Saúde do Paraná, 2017).

Llama la atención que ninguna participante en este estudio hizo referencia a términos geriátrico-gerontológicos claves, como son 'autonomía', 'independencia', 'capacidad funcional', 'participación social' y 'envejecimiento sucedido'. En cambio, el término 'fragilidad' fue empleado en el discurso de varias residentes, sobre todo para describir un conjunto de debilidades o endebleces para ellas evidentes en el perfil de salud del adulto mayor. De groso modo, las representaciones sociales atribuidas a la persona adulta mayor van de la mano con lo informado por Amthauer y Falk (2017), en que percepciones positivas prevalecieron en el discurso de profesionales de la ESF. Por otro lado, el hecho de no haber recibido capacitación previa o continuada, visto el ingreso al RMSF, podría levantar la hipótesis de que existen importantes lagunas teórico-conceptuales que urgen ser atendidas. Lo dicho adquiere carácter relevante, al considerar que "la esencia de la educación permea la construcción comunico-educativa, además de que permite revelar nuevas formas de cuidado y de trabajo en salud" (Labegolini et al., 2020, p. 4).

Investigaciones recientes vienen sustentando una ideología colectiva que se distingue principalmente por defender el desempeño de habilidades gerontológicas durante toda la formación y no solamente adjudicada al currículo académico (Oliveira et al., 2021; Silva et al., 2017; 2020; Mo, Lopes, Caran y Manso, 2021). Lo provechoso de adoptar cierto paradigma formativo podría extenderse por encima del perfil académico conducente con contemporaneidad, al cogitar una actuación profesional sensibilizada y holística junto al usuario envejecido y su entorno existencial. De modo reiterado las participantes aludieron la cualidad longitudinal que caracteriza el proceso de trabajo con ancianos en la ESF. Enlazado a lo anterior, se vio que la visita domiciliaria constituye una de las intervenciones que absorbe parte significativa de sus agendas laborales. Al contemplar el formato de actuación previsto en el programa de RMSF, se admite su rigor por "interactuar con la comunidad dentro de su territorio, conformando un instrumento real de

reorganización de las demandas o necesidades de los usuarios envejecidos” (Rigon et al., 2016, p. 2). Se trata de una actividad doblemente benéfica. Por un lado, la visita domiciliaria aminora la demanda institucional reprimida, ya que los ancianos al ser asistidos en el hogar presentan chances mínimas de acudir a la unidad básica de ESF y, por otro, fortalece el vínculo entre los equipos sanitarios y el usuario envejecido (Santos y Giovanella, 2016; Muniz, Freitas, Oliveira y Lacerda, 2017; Muniz et al., 2018).

En la presente investigación el vínculo entre profesional sanitario – adulto mayor se definió como débil o inexistente, reflejando amplio campo de potenciación para el programa de RMSF. La relevancia del vínculo en el contexto de la clínica geriátrica-gerontológica se dirige, en concreto, a la fijación del cuidado integral, universal y equitativo, haciendo partícipes ambas partes, quien providencia la asistencia y quien la recibe, en perspectiva humanizada y corresponsabilizada. Ante la inexistencia, o siquiera existencia de vínculo débil, los profesionales sanitarios estarían propensos a dar con situaciones sumamente comprometedoras.

La visión de las residentes multiprofesionales, con relación a los aspectos organizacionales e institucionales, evoca retrocesos en espacios que no solo dicen respecto al contacto directo con el usuario envejecido, al descifrar una serie contratiempos ambientales e ideológicos reinantes en las unidades básicas de ESF, que predisponen su actuación con ese grupo de usuarios. Por lo tanto, una de las observaciones más notables en este trabajo corresponde al índice de uniformidad visto en los atributos y subgrupos de la atención primaria, siendo todos de poco agrado para las participantes. En ese sentido, este estudio compagina con las puntuaciones presentadas por Brunelli et al., (2016) y Andrade et al., (2019), que al igual encontraron valores debajo de lo recomendado para la ESF. Como acreditativos, vale citar: baja cobertura poblacional, usuarios extremadamente dependientes, bajo índice de resolutivez, falta de personal, ineficiencia de la gestión, falta de materiales/equipamientos y agenda profesional saturada (Muniz et al., 2018; Chávez et al., 2020).

El monitoreo y la evaluación de los componentes de la atención básica equivale a tareas imprescindibles que deben ser llevadas a cabo en cada unidad básica de ESF, sobre una secuencia cíclica que permita adecuar las modificaciones necesarias, conforme vayan siendo identificadas por los equipos sanitarios. Durante dichas etapas, las dimensiones territorial, ambiental, social, cultural y presupuestaria deben pasar por una lectura institucional criteriosa, pues al ser exploradas conjuntamente podrían reflejar posibles explicaciones para la discrepancia detectada en el grado de acceso a los servicios de salud (según características intrínsecas del usuario envejecido, como: sexo, edad, color de piel, religión, etc.) y, en gran escala, en el índice de satisfacción con relación a los programas y acciones prestadas (Protasio, Machado y Valença, 2015; Protasio et al., 2017; Ribeiro y Scatena, 2019).

CONCLUSIONES

Este estudio reafirmó el alto grado de complejidad que reside en la asistencia geriátrica-gerontológica, principalmente en la óptica multiprofesional. En ese sentido, se sugiere la realización de futuras investigaciones que incorporen no solamente a la parte que presta la asistencia sanitaria, bien como a los usuarios de ella receptores y, parecidamente, a los gestores de las unidades básicas de ESF, por ser sujetos clave que podrían aportar visiones divergentes sobre los elementos estudiados, así ampliando el alcance de las informaciones colectadas.

Como limitaciones metodológicas, pueden ser señalados el origen de los datos secundarios y el hecho del universo muestral ser pequeño, lo que podría relacionarse a la baja elasticidad de los datos observada en las exámenes inferenciales. Sin embargo, es justo indicar que el número de participantes en este estudio correspondió a un 94,7% del total de residentes multiprofesionales con matrícula activa en el programa de RMSF al momento de la investigación (n=18/19). En relación a los datos secundarios discutidos en el trabajo, cabe observar que esos son oriundos de reportes oficiales de instituciones públicas, por lo que su validez no debe ser cuestionada. Si bien, es necesario recordar que las representaciones sociales atribuidas por las residentes al proceso de envejecimiento poblacional y a la persona adulta mayor se basan en el contexto de atención primaria de la asistencia geriátrica-gerontológica, lo que podría haber sido diferentemente abordado en ambientes biomédicos, como clínicas y/o hospitales geriátrico-gerontológicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amthauer, C., y Falk, JW. (2017). Los discursos de los profesionales de salud de la familia en la ayuda óptica para la tercera edad. *J Res Fundamen Care Online*, 9, 99-105.
- Andrade, LAF., Salazar, PEL., Leopoldino, KDM., y Montenegro, CB. (2016). Evaluación de la calidad de la atención primaria de la salud según el nivel de satisfacción de los ancianos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40(1),1-10.
- Brasil. (1990). Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Brunello, B., Gusso, GDF., Santos, IS., y Benseñor, IJM. (2016). Evaluación de la presencia y extensión de los atributos de atención primaria de salud en dos modelos coexistentes en la red básica de salud de la ciudad de São Paulo. *Revista Brasileira de Medicina da Família e da Comunidade*, 11(38), 1-12.
- Cabral, J.F., Silva, JFG., Gleriano, JS., Balderrama, P., Borges, AP., et al. (2019). Evaluación de la atención integral para la salud del mayor desde la percepción de profesionales. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 32(1), 1-11.
-

- Carcamo, BM. (2018). Análisis del discurso multimodal: una comparación de propuestas metodológicas. *Forma y Función*, 31(1), 145-174.
- Castro, M.C., Massuda, A., Almeida, G., Menezes-Filho, N.A., Andrade, M., et al. (2019). Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*, 394(10195), 345-356.
- Chávez, GM., Viegas, SMF., Roquini, GR., y Santos, TR. (2020). Acceso, accesibilidad y demanda en la estrategia de salud familiar. *Escola Anna Nery*, 24(4), 1-9.
- Jardim, LC., y Navarro, D. (2017). Contribución de la ESF en el control de enfermedades crónicas no transmisibles. *Journal of Health Science Institute*, 35(3), 122-126.
- Labegalini, CMG., Nogueira, IS., Hammerschmidt, KSA., Carreira, L., y Baldissera, VDA. (2020). Itinerario educativo y dialógico relacionado con la atención con respecto al envejecimiento activo con profesionales de la estrategia de salud de la familia. *Texto e Contexto Enfermagem*, 29(2), 1-14.
- Lucas, AB., Freitas, NA., Freitas, FD., Neto, OAP., Lacerda, RA., y Cavalcante, VOM. (2016). Sentimientos que van más allá de la residencia multiprofesional en salud de la familia: informe de experiencia. *SANARE*, 15(2), 154-159.
- Macinko, J., y Mendonça, CS. (2018). A estratégia saúde da família, um forte modelo de atenção primária à saúde que traz resultados. *Saúde em Debate*, 42(1), 18-37.
- Malta, DC., Bernal, RTI., Gomes, CS., Cardoso, LSM., Lima, MG., et al. (2021). Iniquities in the use of health services by adults and elderly with and without noncommunicable diseases in Brazil, 2019 National Health Survey. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 26(7), 1-29.
- Mo; A., Lopes, FR., Caran, VM., y Manso, MEG. (2021). Atención primaria en salud al anciano: desafíos para el aprendizaje. *Revista Longeviver*, 3(12), 14-21.
- Muniz, EA., Freitas, CASL., Oliveira, EN., y Lacerda, MR. (2017). Atención domiciliaria a los ancianos en la estrategia de salud de la familia: perspectivas sobre la organización de la atención. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 11(1), 296-302.
- Muniz, EA., Freitas, CASL., Oliveira, EN., y Lacerda, MR. (2018). Atención domiciliaria en la estrategia salud de la familia: percepciones de ancianos, cuidadores y profesionales. *Revista de Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento*, 23(2), 73-85.
- Nakata, PT., Costa, FM., y Bruzamolín, CD. (2017). Cuidados de enfermería al anciano en la estrategia de la salud de la familia: revisión integradora. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 11(1), 393-402.
- Oliveira, MP., Labegalini, CMG., Benedetti, GMS., Soares, JPR., y Costa, MAR. (2021). Educación interprofesional en atención primaria de salud: perspectivas y experiencias. *Saúde Coletiva (Botucatu)*, 11(1), 5560-5664.
- Osorio-Parraguez, P., Martín-Gómez, A., Navarrete-Luco, I., y Rivera-Navarro, J. (2022). Organización social de la provisión de cuidados a personas mayores en territorios rurales: los casos de España y Chile. *Cultura de los cuidados*, 26(62), 176-190.

- Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra, Suiza. 2015, 282p.
- Peña, MC., Ones, DG., y Cruz, RV. (2015). Envejecimiento poblacional como reto de la ciencia, la técnica y la sociedad. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 14(6), 884-892.
- Protasio, AOL., Machado, LS., y Valença, AMG. (2015). Producciones científicas sobre la evaluación de la atención primaria de salud en Brasil: una revisión sistemática. *Revista Brasileira de Medicina da Família e da Comunidade*, 10(34), 1-9.
- Protasio, AOL., Gomes, LB., Machado, LS., y Valença, AMG. (2017). Satisfação do usuário da atenção básica em saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(6), 1829-1844.
- Ramos, LV., Osório, NB., y Neto, LS. (2019). Use of the elderly person's health handbook in primary care: an integrative review. *Humanidades e Inovação*, 6(2), 272-280.
- Ribeiro, LA., y Scatena, JH. (2019). A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. *Saúde e Sociedade*, 28(2), 95-110.
- Rigon, E., Dalazen, JVC., Busnello, GF., Kohls, M., Olschowsky, A., y Kempfer, SS. (2016). Experiencias de ancianos y profesionales de la salud relacionadas con el cuidado por la estrategia de salud de la familia. *Revista de Enfermagem EURJ*, 24(5), 1-5.
- Romero, DE., Pires, DC., Marques, A., y Muzzy, J. (2019). Directrices e indicadores de monitoreo de las políticas de protección al anciano en Brasil. *RECIIS- Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 13(1), 134-157.
- Sánchez-Gómez, MC., Rodrigues, AI., y Costa, AP. (2018). Desde los métodos cualitativos hacia los modelos mixtos: tendencia actual de investigación en ciencias sociales. *Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de informação*, 28(3), 9-13.
- Santos, S., Tonhom, S., y Komatsu, R. (2016). Integralidad del cuidado al anciano en la estrategia de salud familiar – ESF. *Atas – Investigación Cualitativa en Salud*, 2(1), 1292-1301.
- Santos, AM., y Giovanella, L. (2016). Family health strategy in care coordination in a health administrative region in Bahia, Brazil. *Saúde em Debate*, 40(108), 48-63.
- Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. (SESA, 2017). Línea Guía de Salud de la Persona Adulta Mayor, 2017.
- Silva, MD., Sousa, L., y Alves, M. (2021). El cotidiano de los equipos de salud familiar en el cuidado al anciano. *REME*, 24(1), 1-10, 2021.
- Silva, PA., Labegalini, CMG., Oliveira, MLF., Aquiles, GJ., y Baldissera, VDA. (2020). Gobernanza y educación permanente en salud: evaluación de mecanismos, contextos y resultados en el Proyecto Apoiadores. *Interface (Botucatu)*, 24(1), 1-13.