



REVISIONES

Calidad de la atención a la salud de las personas mayores en la atención primaria: una revisión integradora

Qualidade da atenção à saúde do idoso atenção primária: uma revisão integrativa

Quality of health care for the elderly in primary care: an integrative review

Ricardo Saraiva Aguiar¹
Henrique Salmazo da Silva¹

¹ Escuela de Salud y Medicina, Programa de Posgraduación en Gerontología. Universidad Católica de Brasilia (UCB). Brasília-DF, Brasil. saraivaaguiarricardo@gmail.com

<https://doi.org/10.6018/eglobal.444591>

Recibido: 18/09/2020

Aceptado: 13/01/2021

RESUMEN:

Objetivo: Investigar, a través de una revisión integradora de la literatura, la calidad de la atención en salud del adulto mayor en atención primaria.

Materiales y Métodos: Revisión bibliográfica integradora realizada en las bases de datos MEDLINE / PubMed, SciELO, LILACS y BDNF entre abril y mayo de 2020, que generó 780 referencias. Después de eliminar los duplicados y utilizar los criterios de inclusión y exclusión, la muestra final fue de 15 artículos.

Resultados: La calidad de la atención en salud del adulto mayor en atención primaria se asoció con fortalezas y debilidades que involucraron la disponibilidad y formación de recursos humanos, adopción de protocolos de evaluación, seguimiento y seguimiento, suministro de insumos y variables estructurales vinculadas a la infraestructura y red de apoyo intersectorial. La efectividad de las acciones para el adulto mayor en atención primaria estuvo relacionada con la implementación de la Estrategia Salud de la Familia, combinada con el desempeño activo del agente comunitario de salud en el territorio y la participación del adulto mayor en las decisiones.

Conclusión: El fortalecimiento de la atención a la salud del anciano en la atención primaria implica esfuerzos a corto, mediano y largo plazo relacionados con la educación, la gestión de los recursos humanos y materiales, el trabajo en red y la formación de vínculos con el territorio y el anciano.

Palabras clave: Salud del Anciano; Atención Primaria de Salud; Calidad de la Atención de Salud.

RESUMO:

Objetivo: Investigar, por meio de uma revisão integrativa da literatura, a qualidade da atenção à saúde do idoso na atenção primária.

Materiais e Métodos: Revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados MEDLINE/PubMed, SciELO, LILACS e BDNF entre os meses de abril e maio de 2020, as quais geraram 780 referências. Após remoção das duplicatas e emprego dos critérios de inclusão e exclusão a amostra final foi composta por 15 artigos.

Resultados: A qualidade da atenção à saúde do idoso na atenção primária esteve associada a potencialidades e fragilidades que envolveram a disponibilidade e treinamento dos recursos humanos, adoção de protocolos de avaliação, acompanhamento e monitoramento, oferta de insumos e variáveis estruturais ligadas à infraestrutura e à rede de apoio intersectorial. A efetividade das ações à pessoa idosa na atenção primária esteve relacionada à implantação da Estratégia Saúde da Família, conjugada com a atuação ativa do agente comunitário de saúde no território e a participação do idoso nas decisões.

Conclusão: Fortalecer a atenção à saúde do idoso na atenção primária envolve esforços a curto, médio e longo prazo relacionados à educação, gestão de recursos humanos e materiais, atuação em rede e a formação de vínculo com o território e a pessoa idosa.

Palavras-chave: Saúde do idoso; Atenção Primária à Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde.

ABSTRACT:

Objective: To investigate, through an integrative literature review, the quality of health care for the elderly in primary care.

Material and Methods: Integrative literature review conducted in MEDLINE/PubMed, SciELO, LILACS and BDNF databases between April and May 2020, which generated 780 references. After removal of the duplicates and use of inclusion and exclusion criteria, the final sample consisted of 15 articles.

Results: The quality of health care for the elderly in primary care was associated with potential and weaknesses that involved the availability and training of human resources, adoption of evaluation protocols, monitoring and follow-up, supply of inputs and structural variables linked to infrastructure and intersectoral support network. The effectiveness of actions to the elderly in primary care was related to the implementation of the Family Health Strategy, combined with the active action of the community health agent in the territory and the participation of the elderly in the decisions.

Conclusion: Strengthening the health care of the elderly in primary care involves short, medium and long-term efforts related to education, human and material resources management, networking, and the formation of ties with the territory and the elderly person.

Keywords: Health of the Elderly; Primary Health Care; Quality of Health Care.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población ha estado en la agenda de gestores, profesionales, académicos y formuladores de políticas públicas con el objetivo de garantizar vías para que la vejez esté bien asistida y cuidada. En el ámbito de la atención gerontológica, es necesario planificar e implementar servicios de calidad y resolutivos que ofrezcan respuestas sociales a los desafíos que impone el aumento de ancianos longevos⁽¹⁾, con limitaciones funcionales, enfermedades crónicas no transmisibles (ENT), mayor riesgo de fragilidad y resultados adversos para la salud⁽²⁾.

Para ello, una de las apuestas de los modelos asistenciales ha sido la adopción de la atención de larga duración combinada con la Atención Primaria de Salud (APS) y anclada en una visión integral y abarcadora del adulto mayor, sus recursos y condiciones predisponentes del proceso de salud y enfermedad⁽³⁾.

En Brasil, se han realizado esfuerzos en el Sistema Único de Salud (SUS) con el objetivo de reorganizar la práctica asistencial y la salud de las personas mayores. La APS está definida por la Política Nacional de Salud del Adulto Mayor (PNSPI) como puerta de entrada a la atención de la salud del adulto mayor y el referente de la red especializada de mediana y alta complejidad⁽⁴⁾. Posteriormente, la Política Nacional de Atención Primaria (PNAB) establece acciones como promoción y protección de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y mantenimiento de la salud⁽⁵⁾.

El PNSPI decide los lineamientos relevantes para la atención integral de la salud del adulto mayor, tales como promover el envejecimiento saludable y activo, apoyar el desarrollo de la atención informal, así como la rehabilitación y mantenimiento de la capacidad funcional, siendo responsable de orientar todas las acciones en el sector de la salud e indicar las responsabilidades de las instituciones para que se pueda llegar a la propuesta. Además, brinda orientación sobre el proceso de evaluación en curso que debe acompañar su desarrollo, teniendo en cuenta los posibles ajustes derivados de la práctica. Su implementación incluye la definición y / o readecuación de proyectos, programas, planes y actividades del sector de la salud, directa o indirectamente relacionados con su objeto^(6,7).

Según una investigación realizada en Brasil, la implementación de la atención al adulto mayor en el contexto de la APS incluye como desafíos la falta de integralidad de las acciones, la desfragmentación de la atención, la ausencia de equipos interprofesionales y las dificultades en el uso y acceso al sistema de salud ⁽⁸⁾. Datos del estudio brasileño ELSI indicaron que la población de 50 años o más que frecuenta Unidades Básicas de Salud (UBS) tradicionales tuvo una mayor prevalencia de dificultades en el acceso, continuidad de la atención, comunicación con el profesional médico, coordinación y resolución de la atención en comparación con la población atendida por la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) y usuarios del sistema complementario de salud⁽⁹⁾.

En este sentido, investigar los factores que potencian y debilitan la calidad de la atención al adulto mayor en la APS puede ayudar a los profesionales y gestores a actuar en la planificación y mejora de la oferta asistencial. Este tema es de gran relevancia, ya que el 75,3% de los ancianos brasileños dependen exclusivamente del SUS para tener acceso a los servicios de salud y el 70% tiene una o más ENT. De los servicios a los que accede esta población, el 83,1% se sometió al menos a una consulta médica en los últimos 12 meses y el 10,2% de los ancianos fueron hospitalizados una o más veces⁽⁹⁾.

Por tanto, el objetivo del presente estudio fue investigar, a través de una revisión integradora de la literatura, la calidad de la atención de la salud del adulto mayor en atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es una revisión integradora de la literatura realizada en siete etapas⁽¹⁰⁾: 1) delimitación de la pregunta orientadora de la revisión, 2) definición de los criterios de inclusión y exclusión, 3) búsqueda extensa de la literatura, 4) identificación de posibles estudios mediante evaluar el título y el resumen, 5) la selección de artículos basados en el texto completo, 6) la evaluación de la calidad de los estudios incluidos y 7) la síntesis de los estudios incluidos.

En vista de la primera fase de la revisión, la pregunta guía de investigación se elaboró en base a la estrategia PICO: P - población y problema, I - intervención, C - comparación y O - *outcome* (término en inglés que significa resultado). Así, se consideró P: usuarios ancianos en la APS, I: calidad de la atención, C: cualquier comparación respecto a los factores relacionados con la calidad de la atención al anciano y O: atención de la salud. En este sentido, la pregunta fue: ¿cuáles son los

factores potenciadores y frágiles para la calidad de la atención de la salud del anciano en la APS?

La búsqueda de artículos se realizó entre abril y mayo de 2020 en las bases de datos electrónicas MEDLINE/PubMed, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura científica y técnica de América Latina y el Caribe (LILACS) y Base de datos Enfermería (BDEF).

Para definir los términos de búsqueda se llevó a cabo una consulta con los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS). Se eligió el descriptor "salud de los ancianos" y sus correlatos, que se combinó con el término de búsqueda "atención primaria de salud" y "calidad de la atención de salud" y sus respectivas expresiones en inglés. Los operadores booleanos "AND" y "OR" se utilizaron para la combinación. Las estrategias construidas con los términos de búsqueda y sus resultados se muestran en el Cuadro 1.

Cuadro 1: Estrategias de búsqueda y resultados de las producciones identificadas. Brasilia, Distrito Federal, 2020.

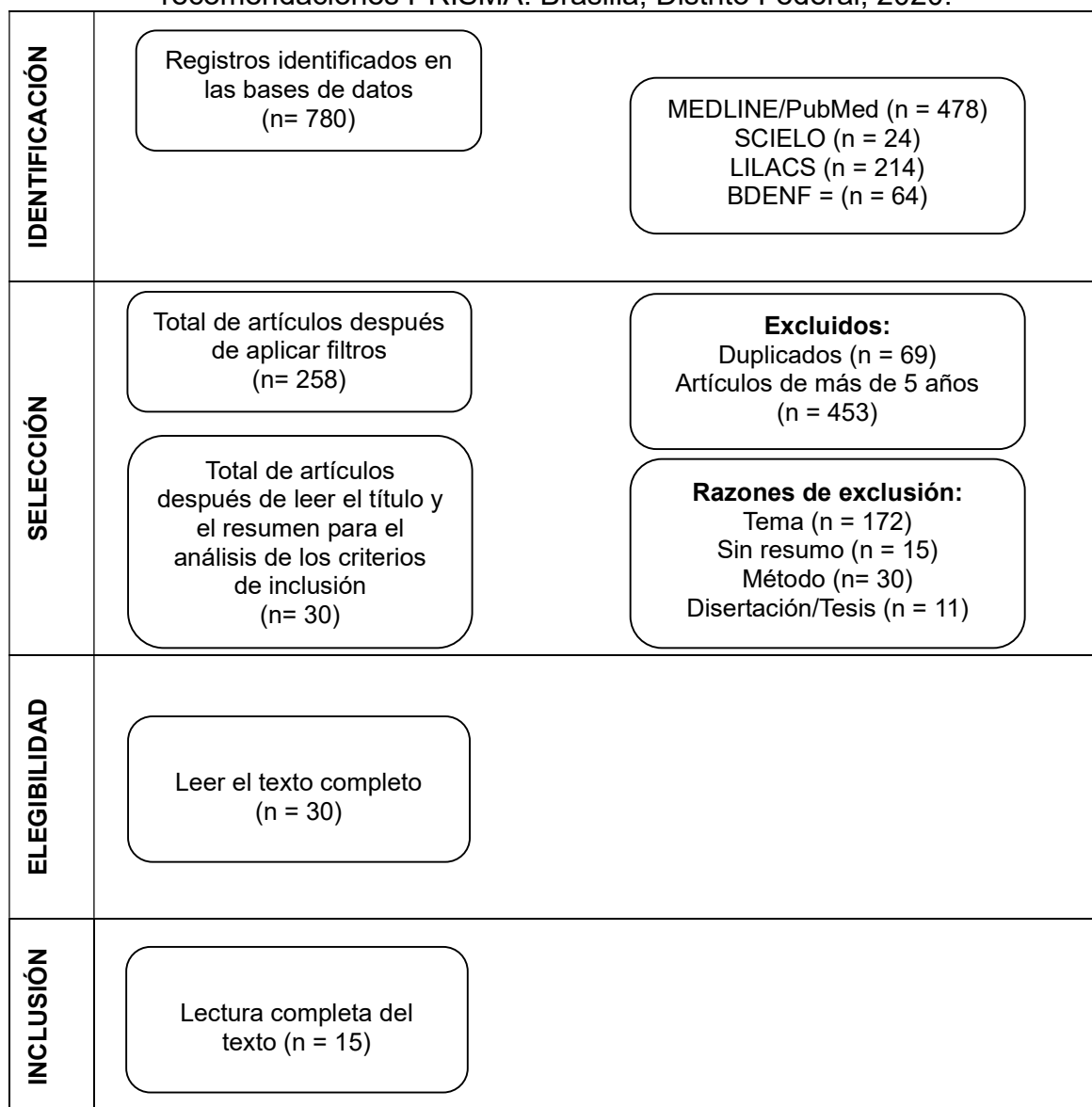
| Fuentes de información | Expresiones de búsqueda | Resultados |
|------------------------|--|------------|
| MEDLINE/PubMed | "health services for the aged" OR "aged" OR "older adult" OR "elderly" OR "older persons" AND "primary health care" AND "quality of health care" | 478 |
| SCIELO | "saúde do idoso" AND "atenção primária à saúde" AND "qualidade da assistência à saúde" | 24 |
| LILACS | "saúde do idoso" AND "atenção primária à saúde" AND "qualidade da assistência à saúde" | 214 |
| BDEF | "saúde do idoso" AND "atenção primária à saúde" AND "qualidade da assistência à saúde" | 64 |
| Total | | 780 |

Elaboración: Aguiar RS, Silva HS, 2020.

Los criterios de inclusión para la muestra fueron: estudios con personas de 60 años o más, profesionales de la salud y gestores; que abordó la calidad de la atención de la salud de las personas mayores en la APS; estudios con diseño de métodos cualitativos, cuantitativos y mixtos; artículos publicados en línea en los últimos 5 años (2015 a 2020), disponibles en portugués, inglés o español y en su totalidad. Se descartaron revisiones de literatura, resúmenes de congresos, actas, editoriales, disertaciones y tesis.

La búsqueda en las bases de datos generó 780 referencias. La selección de los estudios se realizó exportando los resultados de la búsqueda en las bases de datos electrónicas al administrador de referencias *EndNote desktop*®. Con el programa se eliminaron 69 duplicados y 453 en cuanto a temporalidad (últimos 5 años), lo que resultó en 258 para evaluar el resto de los criterios de inclusión mediante la lectura de títulos y resúmenes. De estos, 228 fueron excluidos por la temática (n = 172), método (n = 30), no tener resumen (n = 15) o ser disertación y tesis (n = 11). Al final, 30 artículos mostraron potencial para su inclusión en la muestra y, entre estos, se eligieron 15 después de su lectura completa (Figura 1).

Figura 1: Diagrama de flujo de la búsqueda en las bases de datos según recomendaciones PRISMA. Brasilia, Distrito Federal, 2020.



Elaboración: Aguiar RS, Silva HS, 2020.

La evidencia de los artículos se clasificó en seis niveles: Nivel I: estudios relacionados con el metanálisis de múltiples estudios controlados; Nivel II: estudios experimentales individuales; Nivel III: estudios cuasiexperimentales, como el ensayo clínico no aleatorizado, el grupo único anterior y posterior a la prueba, además de series de tiempo o casos y controles; Nivel IV - estudios no experimentales, tales como investigación descriptiva, correlacional y comparativa con enfoque cualitativo y estudios de casos; Nivel V: datos de evaluación de programas obtenidos sistemáticamente; y Nivel VI: opiniones de expertos, informes de experiencia, consenso, normativas y legislación⁽¹¹⁾.

Para facilitar la extracción y síntesis de datos, se desarrolló una matriz de síntesis descrita en una hoja de cálculo *Excel*®. Los datos se recopilaron como: periódico; país y año de publicación; autor (es); título; diseño del estudio; principales resultados, factores relacionados con la calidad de la atención y nivel de evidencia. Además de formar una base de datos, el instrumento se utilizó para mapear puntos relevantes,

integrar datos y caracterizar la muestra revisada. Por tanto, parte de estos datos se representa en el Cuadro 2.

Cuadro 2: Muestra final de artículos. Brasília, Distrito Federal, 2020.

| Estudio | Periódico | Autor(es) | Año | Título | Diseño del estudio | Nivel de evidencia |
|---------|--|--|------|---|--------------------------|--------------------|
| E1 | Revista de Saúde Pública | Placideli N et al. ⁽¹²⁾ | 2020 | Avaliação da atenção integral ao idoso em serviços de atenção primária | Estudio transversal | IV |
| E2 | BMC Health Services Reseach | Vestjens L, Cramm JM, Nieboer AP ⁽¹³⁾ | 2019 | Quality of primary care delivery and productive interactions among community-living frail older persons and their general practitioners and practice nurses | Cuasiexperimental | III |
| E3 | BMC Geriatrics | Kelly G, Mrengqwa L, Geffen L ⁽¹⁴⁾ | 2019 | “They don’t care about us”: older people’s experienes of primary healthcare in Cape Town, South Africa | Cualitativo | IV |
| E4 | African Journal of Primary Health Care & Family Medicine | Naidoo K, Wyk JV ⁽¹⁵⁾ | 2019 | What the elderly experience and expect from primary care services in KwaZulu-Natal, South Africa | Cualitativo | IV |
| E5 | Revista Rene | Meireles VC, Baldissera VDA ⁽¹⁶⁾ | 2019 | Qualidade da atenção aos idosos: risco de lesão por pressão como condição marcadora | Estudio de caso múltiple | IV |
| E6 | Revista Latino-Americana de Enfermagem | Silva LB et al. ⁽¹⁷⁾ | 2019 | Estratos de riesgo y calidad del cuidado a la persona mayor en la Atención Primaria a la Salud | Estudio transversal | IV |
| E7 | Revista Gaúcha de Enfermagem | Andrade LAF et al. ⁽¹⁸⁾ | 2019 | Evaluación de la calidad de la atención primaria de la salud según el nivel de satisfacción de los ancianos. | Cuantitativo | IV |
| E8 | Epidemiologia e Serviços de Saúde | Augusto DK et al. ⁽¹⁹⁾ | 2019 | Factores asociados a la evaluación de la calidad de la | Estudio transversal | IV |

| | | | | | | |
|-----|---|--------------------------------------|------|---|----------------------|----|
| | | | | atención primaria de salud por ancianos residentes en la Región Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2010 | | |
| E9 | American Journal of Hospice & Palliative Medicine | Hamayel NAA et al. (20) | 2018 | Older patient's perspectives on quality of serious illness care in primary care | Cualitativo | IV |
| E10 | BMC Health Services Research | Vestjens L, Cramm JM, Nieboer AP(21) | 2018 | An integrated primary care approach for frail community-dwelling older persons: a step forward in improving the quality of care | Método mixto | IV |
| E11 | <i>Phisys</i> : Revista de Saúde Coletiva | Coelho LP, Motta LB, Caldas CP(22) | 2018 | Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação | Cualitativo | IV |
| E12 | Revista Kairós Gerontologia | Placideli N, Castanheira ERL(23) | 2017 | El cuidado de la salud y el envejecimiento de las personas mayores en una Red de Servicios de Atención Primaria | Cuantitativo | IV |
| E13 | Revista Ciência Plural | Souza AMG et al. (24) | 2017 | Avaliação da assistência à pessoa idosa na atenção primária à saúde: perspectiva de usuários | Cuantitativo | IV |
| E14 | British Journal of General Practice | Van de Pol MHJ et al. (25) | 2015 | Quality care provision for older people: an interview study with patients and primary healthcare professionals | Estudio exploratorio | IV |
| E15 | Interface | Medeiros SG, Morais FRR(26) | 2015 | Organización de los servicios en la atención de la salud de la mujer anciana: percepción de usuarias | Cualitativo | IV |

Elaboración: Aguiar RS, Silva HS, 2020.

Los datos recopilados fueron luego analizados mediante análisis temático⁽²⁷⁾, siendo organizados y presentados en categorías temáticas obtenidas de los siguientes pasos de análisis: 1) familiarización de los datos (resultados de los estudios que componían la muestra y relacionados con la cuestión de investigación), 2) generación de códigos iniciales, 3) búsqueda de temas, 4) revisión de temas, 5) definición y título de temas y 6) elaboración del informe.

RESULTADOS

La muestra final de esta revisión estuvo compuesta por quince artículos, como se describe en el Cuadro 4.

Gran parte de las publicaciones se refieren al año 2019, con siete artículos (46,7%), seguido del año 2018 con tres (20%), 2017 y 2015 con dos cada año (13,3% cada año) y 2020 con uno artículo (6,7%). El diseño cualitativo fue el más prevalente entre las encuestas (cinco artículos, 33,3%). En cuanto al lugar de publicación y desarrollo, nueve estudios (60%) se realizaron en Brasil, tres (20%) en los Países Bajos, dos (13,3%) en Sudáfrica y uno (6,7%) en Estados Unidos de América. (ESTADOS UNIDOS). En cuanto al nivel de evidencia en los artículos, hubo una mayor prevalencia de estudios no experimentales, como la investigación descriptiva, correlacional y comparativa, con enfoque cualitativo y estudios de caso (93,3%).

El análisis temático de los resultados de los artículos permitió la organización en dos categorías temáticas principales: 1) potencialidades asociadas a la calidad de la atención de la salud del anciano en la APS y 2) debilidades en la calidad de la atención de la salud del anciano en la APS.

Potencialidades asociadas a la calidad de la atención de la salud del adulto mayor en la APS

En general, los artículos trajeron aspectos identificados y / o realizados por profesionales de la salud, gestores y ancianos como necesarios para la calidad de la atención al anciano en la APS. Así, el tipo de servicio en el modelo ESF, el alto alcance de la APS y la disponibilidad del servicio primario de salud de forma gratuita fueron aspectos destacados por los artículos E1, E11 y E3, respectivamente^(12,22,14).

El estudio E11 identificó la figura del agente comunitario de salud (CHA) como un punto fuerte para mejorar los procesos de seguimiento de los pacientes debido a la capilaridad de la ESF en el municipio, actuando en el asesoramiento familiar, realizando visitas domiciliarias a los ancianos después del alta hospitalario para la continuidad asistencial e inversión en formación técnica en enfermería a profesionales para un mejor seguimiento de los usuarios en el territorio⁽²²⁾.

Entre los procesos clínicos de seguimiento del anciano en la APS, la atención a las ENT fue la que más destacó, como se encuentra en los estudios E1, E3 y E12^(12,14,23).

En la percepción de los adultos mayores, se identificó que valoran la discusión sobre el impacto de enfermedades o tratamientos en su calidad de vida (E9)⁽²⁰⁾, el servicio adaptado a sus deseos (E10)⁽²¹⁾ y el mantenimiento de su autonomía para las decisiones que impacten en su seguimiento y tratamiento de salud (E14)⁽²⁵⁾.

Adicionalmente, la continuidad de la atención por los mismos profesionales de la salud fue identificada como un aspecto positivo en el estudio E14 ⁽²⁵⁾, hecho que corrobora con lo identificado en el estudio E13 que demostró la existencia de un vínculo debido a la baja rotación de los profesionales de la salud. Además, la comunicación centrada en el paciente se planteó como un marcador importante para la calidad de la atención⁽²⁴⁾.

Aún de acuerdo con los ancianos, la calidad de la APS se asoció con la productividad percibida de sus interacciones con el médico y el enfermero en el estudio E2⁽¹³⁾ y la construcción de una relación de confianza y afecto con los ancianos permite el desempeño de más eficaz en prácticas terapéuticas (E11)⁽²²⁾. El médico de la APS fue identificado como un profesional con un papel central en la coordinación de la atención al anciano según el estudio E9⁽²⁰⁾, pero el estudio E10 mostró que la colaboración multidisciplinar en el cuidado del anciano permite un seguimiento más satisfactorio⁽²¹⁾.

En cuanto a los procesos de trabajo de los profesionales, en el estudio E9 se valora la provisión de educación en salud a las personas mayores para una mejor toma de decisiones y responsabilidad en su cuidado, así como la disponibilidad de folletos o sitios web confiables para la investigación y educación en salud⁽²⁰⁾. En el estudio E15, se fomentan las discusiones sobre el cuidado de la salud en grupos de personas mayores⁽²⁶⁾.

Además, el estudio E11 abordó el seguimiento de las solicitudes de derivación de los profesionales de la salud para evitar el absentismo en las citas, el redimensionamiento de las vacantes de especialistas y/o exámenes regulados según las demandas de la APS y la contratación de servicios no disponibles en el municipio para garantizar una mejor atención de la salud, con el objetivo de una atención integral⁽²²⁾. Además, el estudio E3 señaló la entrega de medicamentos a domicilio para ancianos frágiles como un factor para ampliar el acceso y la accesibilidad⁽¹⁴⁾.

El estudio E1 demostró la necesidad de una evaluación constante de los procesos de atención para el seguimiento y evaluación de los usuarios, además de la necesidad de utilizar datos epidemiológicos para un mejor desempeño en la atención integral de la salud del adulto mayor⁽¹²⁾.

La relación entre profesional y usuario fue un aspecto destacado en el estudio E9 en el que los ancianos destacaron aspectos necesarios para la calidad de la atención, a saber: explicación detallada de los diagnósticos, relevancia de la evaluación, tratamiento y presentación de las opciones de tratamiento con enfoque de preferencia del paciente, comunicación oportuna con el médico, escuchando a los pacientes y traduciendo sus inquietudes como aspectos importantes de la comunicación, percepción de comodidad y confianza cuando el médico es receptivo para conocer nueva información sobre su enfermedad y cuidados, además de la escucha, respeto, humildad y puntualidad como características positivas en el cuidado del adulto mayor⁽²⁰⁾.

Debilidades en la calidad de la atención de la salud de las personas mayores en la APS

La APS es vista como la puerta de entrada preferida de los usuarios en el SUS debido a la posibilidad de seguimiento a lo largo de la vida y atención integral, pero según el estudio E11 se pudo identificar la ausencia de un modelo de atención dirigido al adulto mayor en los servicios, ya que la atención es proporcionada con base en el cuidado de adultos, sin tener en cuenta las necesidades de los ancianos⁽²²⁾. Corroborando este hallazgo, el estudio E10 presenta una APS reactiva, fragmentada y que no es capaz de atender eficazmente la complejidad de las necesidades de salud de las personas mayores en la comunidad⁽²¹⁾. Además, las personas mayores consideran de baja calidad los servicios prestados en la APS, y sus expectativas sobre los atributos del servicio suelen ser superiores a sus percepciones, según el estudio E7⁽¹⁸⁾.

El trabajo y la conformación de una red intersectorial son fundamentales en la atención a la salud del adulto mayor, pero los estudios E1, E11 y E12 demostraron la ausencia de una red de apoyo intersectorial e interdisciplinar, además del bajo desempeño del trabajo intersectorial, incluso en servicios con valoración positiva de la APS ^(12,22-3).

A pesar de que la atención a las ENT fue la que más se destacó en el seguimiento clínico de los ancianos, la estratificación del riesgo aún está infrautilizada en la atención al anciano, como se muestra en los estudios E6, E11 y E12^(17,2-,3). Además, hubo asociación entre las condiciones crónicas de salud y una peor percepción del desempeño de la APS en los atributos de coordinación de cuidados, orientación familiar y orientación comunitaria en el estudio E8⁽¹⁹⁾.

Además, la valoración del grado de fragilidad y la valoración multidimensional del anciano fue otro aspecto desatendido por los profesionales sanitarios en los estudios E5 y E8 ^(16,19). Además, en el estudio E1 se identificó la insipiente en el desarrollo de acciones dirigidas al envejecimiento activo y saludable ⁽¹²⁾; atención no centrada en el paciente o inadecuada para la edad (E3)⁽¹⁴⁾; desconocimiento del proceso de envejecimiento y sus implicaciones para las demandas de salud por parte de los profesionales, además de las dificultades para trabajar con personas mayores con deterioro funcional o ancianos frágiles (E11)⁽²²⁾. Estos hechos pueden estar asociados con las percepciones de los adultos mayores identificadas en el estudio E4, en el que informan que los profesionales de la salud están capacitados para ver a los ancianos como enfermedades a tratar en lugar de individuos con necesidades de salud⁽¹⁵⁾. Además, los estudios E5, E11, E12 y E14 demostraron deficiencia y / o falta de formación / educación continua para los profesionales de la salud ^(16,22-3,25).

En cuanto a las acciones de promoción y prevención de la salud, los estudios E7, E11, E12 y E15 mostraron en sus resultados poca incorporación, la ineficacia de las acciones que contribuyen al aumento de la atención de emergencia, la dificultad para acceder a materiales de información y la falta de priorización y / o falta de educación sanitaria durante las consultas^(18,22-3,26).

El Cuadro 3 muestra una recopilación de otras debilidades descritas por los estudios que conforman la muestra final de esta revisión integradora, así como los posibles resultados. Intervenir en el sistema de denuncias requiere planificar acciones ancladas en la adopción de protocolos para la evaluación, seguimiento y monitoreo de

las personas mayores; uso de indicadores de gestión y calidad de la atención; suministro de insumos, ampliación de infraestructura y mejor articulación de la red de apoyo intersectorial; acciones de educación continua para los profesionales que trabajan en las UBS, así como ampliación de acciones de acogida, vinculación y educación en salud para los usuarios.

Cuadro 3: Resumen de factores negativos y posibles resultados descritos por los estudios incluidos en la revisión integradora. Brasilia, Distrito Federal, 2020.

| Quejas | Posible resultado |
|---|---|
| <p>No disponibilidad y / o eventual falta de medicación (E3, E12, E15)^(14,23,26)</p> <p>Retrasos en la satisfacción de las necesidades de dispositivos de movilización (E5)⁽¹⁶⁾</p> <p>Incumplimiento de las fechas previstas para las citas médicas (E7)⁽¹⁸⁾</p> | <p>Varias visitas al servicio de salud (E4)⁽¹⁵⁾</p> |
| <p>Falta de infraestructura y recursos materiales y humanos (E5)⁽¹⁶⁾</p> <p>Falta de médicos (E11, E13)^(22,24)</p> <p>Falta de estructura para soportar las condiciones agudas atendidas en la APS, así como para trasladar estas emergencias a la emergencia hospitalaria (E11)⁽²²⁾</p> <p>Falta de informaciones importantes en la derivación de pacientes a especialistas a través del sistema de regulación (E11)⁽²²⁾</p> | <p>Sobrecarga de otros profesionales (E11)⁽²²⁾</p> <p>Desarrollo de demandas básicas en APS (E15)⁽²⁶⁾</p> <p>Percepción de los profesionales de la salud de que el aumento del número de personas mayores se traduce en un mayor tiempo de consulta, especialmente para los médicos, mayor demanda de visitas domiciliarias, aumento del trabajo de los profesionales y aumento de la lista de espera para la consulta médica (E11) (E11)⁽²²⁾</p> <p>La vejez se asoció con pérdida de capacidad productiva, dependencia e inutilidad desde el punto de vista social (E11)⁽²²⁾</p> <p>Atención de baja prioridad a las personas mayores (E3, E4, E15)^(14-5,26)</p> |
| <p>Falta de apoyo a los cuidadores familiares por parte de los profesionales sanitarios (E5, E12) ^(16,23)</p> | <p>Exposición del cuidador a sobrecargas en la actividad, con pérdidas en la calidad de vida y mayor riesgo de enfermedad (E12)⁽²³⁾</p> |
| <p>Programación de citas por orden de llegada (E15)⁽²⁶⁾</p> | <p>Larga espera de asistencia de los profesionales sanitarios (E4)⁽¹⁵⁾</p> <p>Retrasos en la programación de citas y exámenes (E15)⁽²⁶⁾</p> |
| <p>Insipiente en el uso de protocolo clínico (E6, E10)^(17,21) y / o indisponibilidad del mismo en servicios (E14)⁽²⁵⁾</p> <p>Insuficiencia en los registros de citas médicas (E6)⁽¹⁷⁾</p> <p>Mala comunicación de la APS con otros servicios de la red asistencial (E11)⁽²²⁾</p> | <p>Fallos sobre el conocimiento previo de la clínica de los pacientes por parte de los profesionales sanitarios (E13)⁽²⁴⁾</p> <p>Consultas rápidas (E15)⁽²⁶⁾</p> <p>Fragmentación de los servicios ofrecidos a las personas mayores (E4)⁽¹⁵⁾</p> <p>Se observaron múltiples efectos adversos con la medicación prescrita (E4)⁽¹⁵⁾</p> <p>Consultas apresuradas y falta de exploración física (E3)⁽¹⁴⁾</p> <p>Falta de continuidad asistencial (E3)⁽¹⁴⁾</p> <p>Prescripción excesiva de medicamentos (E3)⁽¹⁴⁾</p> <p>Dificultad para trabajar con planes asistenciales multidisciplinares (E14)⁽²⁵⁾</p> <p>Derivación innecesaria a especialistas por PHC (E11)⁽²²⁾</p> |

Elaboración: Aguiar RS, Silva HS, 2020.

Otro factor destacado identificado en los estudios E3, E11 y E14 fue el relativo al desempeño del médico, en el cual hubo ausencia de relaciones interpersonales entre el profesional y el anciano, centralización en la consulta médica y en el modelo basado en la producción y no en la resolución de demandas de los usuarios, además

de la escasa disponibilidad médica para la atención dirigida a las personas mayores en el territorio, respectivamente^(14,22,25).

En cuanto al papel de los enfermeros, en el estudio E3 se encontró una reputación negativa de los profesionales por parte de los ancianos por falta de interés, juicio de valor, descortesía e incluso agresión por parte de los enfermeros por el no seguimiento del tratamiento por parte de los ancianos⁽¹⁴⁾. Adicionalmente, el estudio E6 demostró que las consultas de enfermería se dirigieron a quejas-conducta durante la recepción, con la consecuente derivación para evaluación médica⁽¹⁷⁾, además de la existencia de problemas relacionados con la toma de decisiones por enfermeros en el estudio E14⁽²⁵⁾.

DISCUSIÓN

La atención de la salud de las personas mayores debe basarse en ofrecer prácticas de atención orientadas a llegar a la vejez con independencia, autonomía y productividad, así como contar con una red de servicios articulada, integrada, referenciada y con sistemas de información establecidos^(12,18).

En el modelo contemporáneo de atención con enfoque en el envejecimiento y, especialmente, en el adulto mayor, es necesario recoger un flujo continuo de acciones de educación, promoción de la salud, prevención de enfermedades prevenibles, postergación de lesiones y mantenimiento de la capacidad funcional^(12,16,23).

Por lo tanto, las inversiones en recursos humanos, educación permanente, estandarización e implementación de conductas relacionadas con la salud de las personas mayores son necesarias para calificar la atención de salud para que haya una mejora en la implementación de las guías clínicas en la práctica de los profesionales de la salud, con el fin de promover la alineación de la atención de la salud con las necesidades de las personas mayores⁽¹⁶⁻⁷⁾.

Además, es necesario organizar el proceso de trabajo de los equipos de salud con el fin de ofrecer una asistencia equitativa e integral, acogiendo al usuario y vinculándolo a los servicios ofrecidos de acuerdo a sus necesidades reales, pues cuando no se identifican y / o estratifican las demandas de salud, puede haber una suboferta de cuidados necesarios para las personas mayores con mayores riesgos y/o una sobreoferta de cuidados innecesarios para aquellos con menos necesidades, lo que, en consecuencia, produce cuidados ineficaces e ineficientes⁽¹⁷⁾.

Para ello, es necesario institucionalizar la estratificación de riesgos, el uso de indicadores epidemiológicos y la evaluación de la calidad de los servicios de APS como un proceso de transformación de las prácticas de APS. A esta necesidad se suma la identificación de las expectativas y percepciones de las personas mayores como determinante para la organización del modelo de atención a las personas mayores que permite la flexibilidad y organización de las acciones de cuidado en función de las necesidades de los usuarios con el fin de valorar e influir en la adherencia terapéutica^(17-8,20,22,24).

El anciano tiene exigencias y particularidades biopsicosociales que lo diferencian de un usuario adulto joven y de mediana edad; así, se resalta la importancia de romper

con la idea de atención generalizada al anciano⁽²²⁾ para invertir en una atención centrada en la persona, integral, proactiva e interactiva^(14-5,21,26).

Ante esto, la institucionalización del proceso de educación permanente en salud tiende a ser una alternativa para calificar y mejorar los procesos de trabajo en el ámbito de la APS^(14,25) y la creación de alianzas con instituciones educativas puede servir de apoyo para el logro de esta medida⁽¹⁷⁾.

Sin embargo, además de la institucionalización regular de la formación de profesionales para ampliar conocimientos sobre los temas específicos del envejecimiento y de la salud de las personas mayores, es necesario reflexionar que, para un cambio más sustancial en el modelo de atención, se precisan nuevas estructuras, materiales y equipamientos, lo que apunta a una reorientación en la asignación de fondos públicos⁽²⁶⁾.

Por tanto, explorar el potencial de los servicios de APS en la gestión del cuidado y en el mantenimiento de la capacidad funcional del adulto mayor asociado a una articulación en red y con la participación y corresponsabilidad del adulto mayor, puede superar el sistema fragmentado aún vigente en SUS^(14,24-5).

CONCLUSIÓN

A partir de los datos obtenidos en la revisión, se identifica la existencia de debilidades en la atención de la salud del anciano en la APS que impactan directamente en la calidad de la atención ofrecida y percibida por el anciano. Se identificaron aspectos relacionados con la ausencia de entrenamientos, protocolos, insumos, recursos humanos, infraestructura y red intersectorial.

Además, al hacer la asociación con los atributos de la APS, el acceso y la integralidad son los que más impactan en la prestación de atención dirigida a las personas mayores en la APS. Paralelamente, se identificó como aspectos positivos la efectividad del modelo ESF como un aspecto importante para la atención a la salud del adulto mayor en la APS, además del desempeño activo de la CHA en el territorio, así como la necesidad de valoración y participación de los ancianos en discusiones sobre seguimiento y tratamiento.

Así, esta revisión sugiere la necesidad de futuras investigaciones con el fin de mejorar la comprensión de los factores asociados a la calidad de la atención de la salud del anciano en la APS, ya que a pesar de los esfuerzos para calificar la APS a través de la implementación del manual del anciano, la atención a las ENT, el fortalecimiento de la ESF, la oferta de cursos en la Universidad Abierta del SUS (UNASUS) y foros de educación permanente, no han sido suficientes o no se aplican de manera integral a los profesionales en atención directa. Estos desafíos se ven agravados por la Enmienda Constitucional No. 95, que limitó el gasto público durante 20 años y la dificultad de poner en funcionamiento el PNSPI en la última década. Faltan acciones amplias y movilizadoras para promover un envejecimiento saludable, así como el uso de dispositivos técnicos y relacionales dirigidos al territorio y a las personas mayores.

Por tanto, es necesaria una visión más amplia y global del proceso de envejecimiento, así como la implicación de los profesionales en el tema, dado que el envejecimiento es una realidad creciente en la APS y se irá incrementando en las próximas décadas.

En cuanto a las limitaciones del estudio, se cree que están relacionadas con el uso de una única base de datos internacional, hecho que puede haber limitado la expansión de la oferta de artículos científicos en idiomas distintos al portugués.

REFERENCIAS

1. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Brasília (DF): Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2002 [acesso em 27 Jul 20]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0858.pdf
2. Yasobant S. Comprehensive public health action for our aging world: the quintessence of public health policy. J Int Med Res [internet]. 2018 [acesso em 27 Jul 20];46(2):555-56. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0300060517718452>
3. Martins AB, D'Avila OP, Hilgert JB, Hugo FN. Atenção primária à saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. Ciênc Saúde Colet [internet]. 2014 [acesso em 27 Jul 20];19(8):3403-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.13312013>
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF); 2006 [acesso em 27 Jul 20]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 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). Brasília (DF); 2017 [acesso em 27 Jul 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
6. Fernandes MTO, Soares SM. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. Rev Esc Enferm USP [internet]. 2012 [acesso em 27 Jul 20];46(6):1494-1502. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600029>
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa. Brasília (DF); 2006 [acesso em 27 Jul 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
8. Costa MFBNA, Ciosak SI. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. Rev Esc Enferm USP [internet]. 2010 [acesso em 27 Jul 20];44(2):437-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v44n2/28.pdf>
9. Macinko J, Andrade FB, Souza Junior PRB, Lima-Costa MF. Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brazil). Rev Saúde Pública [internet]. 2018 [acesso em 27 Jul 20];52:suppl2:6s. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000595>
10. Pluye P, Hong QN. Combining the power of stories and the power of numbers: mixed methods research and mixed studies reviews. Annu Rev Public Health [internet]. 2014 [acesso em 10 Abr 20];35(1):29-45. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182440>

11. OCEBM Levels of Evidence Working Group. The Oxford 2011 Levels of Evidence [Internet]. Oxford: Oxford Centre for Evidence-Based Medicine; 2011 [acesso em 2019 Set 21]. Disponível em: <https://www.cebm.net/2016/05/ocebml-levels-of-evidence/>
12. Placideli N, Castanheira ERL, Dias A, Silva PA, Carrapato JLF, Sanine PR et al. Avaliação da atenção integral ao idoso em serviços de atenção primária. Rev Saúde Pública (Online) [Internet]. 2020 [acesso em 13 Abr 20];54(6):1-14. Disponível em: <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001370>
13. Vestjens L, Cramm JM, Nieboer AP. Quality of primary care delivery and productive interactions among community-living frail older persons and their general practitioners and practice nurses. BMC health serv res (Online) [Internet]. 2019 [acesso em 14 Abr 20];19(496):1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4255-2>
14. Kelly G, Mrengqwa L, Geffen L. "They don't care about us": older people's experiences of primary healthcare in Cape Town, South Africa. BMC geriatr (Online) [Internet]. 2019 [acesso em 14 Abr 20];19(98):1-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1116-0>
15. Naidoo K, Van Wyk J. What the elderly experience and expect from primary care services in KwaZulu-Natal, South Africa. Afr j prim health care fam med [Internet]. 2019 [acesso em 14 Abr 20];11(1):12100. Disponível em: <https://doi.org/10.4102/phcfm.v11i1.2100>
16. Meireles VC, Baldissera VDA. Qualidade da atenção aos idosos: risco de lesão por pressão como condição marcadora. Rev Rene (Online) [Internet]. 2019 [acesso em 13 Abr 20];20:e40122. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20192040122>
17. Silva LB, Silva PAB, Santos JFG, Silqueira SMF, Borges EL, Soares SM. Estratos de risco e qualidade do cuidado à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde. Rev latinoam enferm (Online) [Internet]. 2019 [acesso em 13 Abr 20];27:e3166. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2968.3166>
18. Andrade LAF, Salazar PEL, Leopoldino KDM, Montenegro CB. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde segundo o nível de satisfação dos idosos. Rev gaúch enferm [Internet]. 2019 [acesso em 14 Abr 20];40:e20180389. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180389>
19. Augusto DK, Lima-Costa MF, Macinko J, Peixoto SV. Fatores associados à avaliação da atenção primária à saúde por idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2010. Epidemiol serv saúde [Internet]. 2019 [acesso em 14 abr 20]; 28(1):e2018128. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742019000100017>
20. Hamayel NAA, Isenberg SR, Hannum SM, Sixon J, Clegg K, Dy SM. Older patient's perspectives on quality of serious illness care in primary care. Am j hosp palliat care [Internet]. 2018 [acesso em 14 Abr 20];20(10):1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1049909118771675>
21. Vestjens L, Cramm JM, Nieboer AP. An integrated primary care approach for frail community-dwelling older persons: a step forward in improving the quality of care. BMC health serv res [Internet]. 2018 [acesso em 14 Abr 20]; 18(28):2-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2827-6>
22. Coelho LP, Motta LB, Caldas CP. Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação. Physis (Rio J) [Internet]. 2018 [acesso em 14 de Abr 20];28(4):e280404. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312018280404>

23. Placideli N, Castanheira ERL. Atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em uma Rede de Serviços de Atenção Primária. Rev Kairós [Internet]. 2017 [acesso em 14 Abr 20];20(2):247-269. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i2p247-269>
24. Souza AMG, Ferreira TLS, Santos KMR, Oliveira DJD, Andrade FB. Avaliação da assistência à pessoa idosa na atenção primária à saúde: perspectiva de usuários. Rev Ciênc Plur [Internet]. 2017 [acesso em 14 Abr 20];3(2):42-52. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/12705/8989>
25. Van de Pol MHJ, Fluit CRMG, Lagro J, Niessen D, Rikkert MGMO, Lagro-Janssen ALM. Quality care provision for older people: an interview study with patients and primary healthcare professionals. Br j gen pract [Internet]. 2015 [acesso em 14 Abr 20];65(637):e500-7. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/bjgp15X686065>
26. Medeiros SG, Morais FRR. Organização dos serviços na atenção à saúde da idosa: percepção de usuárias. Interface (Botucatu Online) [internet]. 2015 [acesso em 14 Abr 20];19(52):109-19. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0264>
27. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol [Internet]. 2006 [acesso em 10 Abr 20];3(2):77-101. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia