UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA

ELIANA YOKO YAGI

Gestão de planos de cuidados a idosos: percepções de profissionais da saúde e assistência social acerca dos desafios e possibilidades de superação

São Paulo
2020

ELIANA YOKO YAGI

Gestão de planos de cuidados a idosos: percepções de profissionais da saúde e assistência social acerca dos desafios e possibilidades de superação

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Programa de Ciências da Reabilitação

Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena Morgani de Almeida

São Paulo
2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Yagi, Eliana Yoko

Gestão de planos de cuidados a idosos :
percepções de profissionais da saúde e assistência
social acerca dos desafios e possibilidades de
superação / Eliana Yoko Yagi. -- São Paulo, 2020.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Ciências da Reabilitação.

Orientadora: Maria Helena Morgani de Almeida.

Descritores: 1.Cuidado centrado no paciente
2.Longitudinalidade do cuidado 3.Assistência de
longa duração 4.Atenção integral ao idoso 5.Plano de
cuidado 6.Idosos

USP/FM/DBD-294/20

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Yagi EY. *Gestão de planos de cuidados a idosos*: percepções de profissionais da saúde e assistência social acerca dos desafios e possibilidades de superação [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2020.

Aprovada em: _____

Banca Examinadora

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof.(a) Dr (a) _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

*A Sensho Yagi e Heico Kuniyochi Yagi, meus pais,
e a todas as pessoas idosas.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir experienciar a vida e evoluir.

À minha orientadora e mestra, Professora Doutora Maria Helena Morgani de Almeida, pelo empenho, pela dedicação, pela paciência e por todo o conhecimento compartilhado para meu aprendizado.

À Marina Picazzio Perez Batista, pela parceria, pelos ensinamentos e pela contribuição com muito zelo para o meu percurso de estudo.

Aos profissionais participantes, bem como às Organizações Sociais gestoras e às Secretarias Municipais de Saúde e Assistência e Desenvolvimento Social, pela valiosa contribuição na pesquisa de campo.

À Subprefeitura de Cidade Ademar, por ceder espaço para a realização do Grupo Focal.

Ao Dr. Sérgio Márcio Pacheco Paschoal, à Profa. Dra. Selma Lancman e à Profa. Dra. Marina Peduzzi, componentes da minha banca de qualificação, que direcionaram orientações ímpares e cuidadosas para o aperfeiçoamento do meu estudo.

Aos funcionários da USP, em especial aos da secretaria da pós-graduação da FOFITO e aos bibliotecários da Faculdade de Medicina, da Faculdade de Saúde Pública e da Escola de Artes, Ciências e Humanidades, pela solicitude.

Aos meus pais, irmãos e avós (*in memoriam*), pelas instruções para viver de forma ética e em busca de desenvolvimento e pelo amor.

À minha sogra, Nalva; ao meu sogro, Hélio; e aos meus cunhados, pelo carinho de sempre.

Aos meus colegas de trabalho e aos amigos, por dividirem o dia a dia comigo.

Ao meu esposo especial, Leonardo Tadashi, pelo incentivo em meu crescimento, pelo cuidado e pela paciência para que eu pudesse me dedicar ao Mestrado. Amo você.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

A única constante é a mudança.
Heraclitus of Ephesus, 475 BC (Mark, 2010)

RESUMO

Yagi EY. *Gestão de planos de cuidados a idosos: percepções de profissionais da saúde e assistência social acerca dos desafios e possibilidades de superação* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2020.

INTRODUÇÃO: As transições demográfica e epidemiológica e o aumento em alta escala de pessoas idosas com doenças crônico-degenerativas requerem incremento das políticas públicas. Os planos de cuidados compõem estratégias utilizadas para a organização do cuidado e são considerados norteadores para o cuidado integrado ao idoso. Os planos auxiliam na superação do cuidado fragmentado, pois apoiam a assistência integral e contínua. **OBJETIVO GERAL:** Identificar e analisar percepções de profissionais inseridos em equipes interdisciplinares, atuantes na Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (RASPI) na Região de Cidade Ademar, no município de São Paulo, nos âmbitos da Saúde e da Assistência Social, acerca dos desafios para a gestão de planos de cuidados a idosos e das possibilidades de superação. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** 1) Identificar o trabalho desenvolvido para atendimento aos idosos nos âmbitos da Saúde e da Assistência Social na RASPI/Cidade Ademar; 2) Mapear desafios referidos pelos participantes para elaboração e para gestão de planos de cuidados a idosos; 3) Conhecer e analisar as percepções dos profissionais sobre possibilidades de enfrentamento e superação de desafios para a elaboração e gestão de planos de cuidados a idosos. **METODOLOGIA:** Optou-se por desenvolver pesquisa de natureza quanti-qualitativa exploratória e descritiva, com triangulação metodológica e de dados. Foram realizados estudos em literatura e em documentos e pesquisa de campo, na qual foi utilizado questionário on-line e Grupo Focal. Participaram 14 sujeitos do preenchimento do questionário e 13, do Grupo Focal. Os dados da pesquisa foram organizados e analisados conforme categorias temáticas. **RESULTADOS:** Os desafios elencados pelos profissionais e organizados nos níveis de cuidado micro, meso e macro evidenciam a necessidade da integração múltipla e da retroalimentação equilibrada desses níveis. No nível micro, foram listadas dificuldades intrínsecas e extrínsecas ao idoso, relacionadas ao autocuidado. Para esse nível, apontaram-se estratégias como fortalecimento do autocuidado dos idosos e dos familiares, aproximação à rede familiar, discussões em rede intersetorial e melhoria na efetivação de políticas públicas. No nível meso, foram apontados despreparo de profissionais para compreensão e atendimento de qualidade, dificuldade na comunicação entre as equipes e insuficiência de recursos. Foram mencionadas estratégias, como oferta adequada de educação permanente e sensibilização sobre o envelhecimento e velhice de todos os trabalhadores, avanço na comunicação e no trabalho em equipe e provimento de recursos físicos, humanos e materiais. No nível macro, foram mencionados como desafios: escassa efetivação das políticas públicas, dificuldade de diálogo intersetorial devido a limites das redes, falta de vagas nos serviços, ausência de algumas políticas específicas e deficit na acessibilidade global. Nesse sentido, a potencialização das políticas públicas foi uma das maiores estratégias referidas. **CONCLUSÃO:** Assim, a falta de retroalimentação equilibrada entre os níveis de cuidado tem contribuído, na região de estudo, para exclusão e entraves à efetivação de direitos, proteção e dignidade aos idosos. Os resultados deste estudo reforçam a importância da evolução das políticas sociais e do apoio da gestão para diálogo entre todos os atores envolvidos, a fim de promover o cuidado integral aos idosos.

Descritores: Cuidado centrado no paciente; Longitudinalidade do cuidado; Assistência de longa duração; Atenção integral ao idoso; Plano de cuidado; Idosos.

ABSTRACT

Yagi EY. *Plan management of elderly care: perceptions from health and social assistance professionals regarding the challenges and possibilities of overcoming* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2020.

INTRODUCTION: The demographic and epidemiological transition and a large-scale upscaling of elderly people with chronic degenerative diseases require increase in public policies. Care plans compose strategies used in the caring organization, and are considered as guiding for the integrated care to the elderly. The plans help overcome the fragmented care, since it supports the comprehensive and continued assistance. **GENERAL OBJECTIVE:** identify and analyze the perceptions from the professionals inserted in interdisciplinary teams working in the Elderly Healthcare Network Cidade Ademar zone / Municipality of São Paulo in Health and Social Assistance sphere regarding the challenges to plan management of elderly care and possibilities of overcoming. **SPECIFIC OBJECTIVES:** 1) Identify the work developed to attend the elderly in Health and Social Assistance sphere in RASPI/Cidade Ademar; 2) Map challenges that were referred by the participants to elaborate and manage caring plans for the elderly; 3) Get to know and analyze the perceptions from the professionals related to the possibility of facing and overcoming of challenges to elaborate and manage care plans for the elderly. **METHODOLOGY:** it was opted to develop a quantitative and qualitative exploratory and descriptive research with methodological and data triangulation. Literature and document studies, as well as field research, have been conducted, in which an online questionnaire and Focal Group have been employed. Fourteen subjects from the questionnaire and thirteen from the Focal Group participated. The research data were organized and analyzed according to theme categories. **RESULTS:** the challenges listed by the professionals and organized at micro, meso and macro care levels highlight the necessity of the multiple integration and balanced feedback of these levels. At the micro level, they enumerated intrinsic and extrinsic difficulties to the elderly and related to the self-care. To this level, they pointed out strategies such as: self-care strengthening of the elderly and family members, approaching to family network, discussions in intersectoral network and improvement in the effectuation of public policies. At the meso level, it was pointed out the unpreparedness of the professionals to understand and quality service, difficulty in communication among the teams and insufficiency of resources. Strategies were mentioned such as adequate offering of Permanent Education, and raising awareness about aging and old age of all the workers, advancement in communication, team work and provision of physical, human and material resources. At the macro level, it was mentioned as challenges: scarce implementation of public policies, difficulty in intersectoral dialogue due to network limitations, lack of vacancies in the services, absence of some specific policies and deficit in global accessibility. In this sense, the enhancement of public policies was one of the greatest referred strategies. **CONCLUSION:** The lack of well-balanced feedback among the levels of care has contributed in study region to the exclusion and obstacle to the implementation of rights, protection and dignity to the elderly. The results of this study reinforce the importance of the development of the social policies, and the management support for the dialogue among all the actors involved in the promotion of comprehensive care for the elderly.

Descriptors: Elderly- centered care; Longitudinally of care; Long term-care; Comprehensive care for the elderly; Care plan; Elderly.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Arco-íris do Caos: cuidado integrado baseado em valores (tradução nossa).....	38
Figura 2 – Mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde	43
Figura 3 – Modelo brasileiro de cuidado integrado ao idoso (Rio de Janeiro - RJ, 2016 e 2018)	44
Figura 4 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)	45
Figura 5 – Estrutura de uma rede assistencial à pessoa idosa	47
Figura 6 – Pontos da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.....	54
Figura 7 – Filtragem de trabalhos sobre “cuidados” e “planos de cuidados a idosos” no Brasil e no Mundo, a partir das bases de dados LILACS, CINAHL/AgeLine, PubMed, Web of Science e Scopus (de 2014 a 2019).....	57
Figura 8 – Estrutura para implementação do ICOPE - Cuidado Integrado para Pessoas Idosas (tradução nossa).....	67
Figura 9 – Distrito Cidade Ademar, São Paulo (2019).....	85
Figura 10 – Bairro Cidade Júlia, Cidade Ademar, São Paulo (2008).....	86
Figura 11 – Av. Cupecê, Cidade Ademar, São Paulo (2020).....	86

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Marco legal, outros documentos e eventos voltados para afirmação de direitos da pessoa idosa em âmbito internacional	31
Quadro 2 – Marco legal, outros documentos e eventos voltados para afirmação de direitos da pessoa idosa em âmbito nacional.....	32
Quadro 3 – Marco legal, outros documentos e eventos voltados para afirmação de direitos da pessoa idosa em âmbito nacional, no setor da Saúde	33
Quadro 4 – Marco legal, outros documentos e eventos voltados para afirmação de direitos da pessoa idosa em âmbito nacional, no setor da Assistência Social.....	34
Quadro 5 – Marco legal, outros documentos e eventos voltados para afirmação de direitos da pessoa idosa em âmbito municipal (São Paulo)	35
Quadro 6 – Pontos de atenção da RASPI elencados pela prefeitura. PMSP, 2014:	55
Quadro 7 – Artigos selecionados para estudo segundo título, autor(es), instituição de origem, tipo e finalidade do estudo.....	58
Quadro 8 – Rede assistencial de Atenção Básica e Especializada na região de Cidade Ademar (2020).....	87
Quadro 9 – Categorias de análise e unidades de registro (Grupo Focal)	110

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População residente, total e proporção, por grupos de idade no Brasil (1940/2050)	
.....	26
Tabela 2 – Caracterização pessoal dos participantes quanto ao sexo e à faixa etária	94
Tabela 3 – Descrição dos participantes segundo formação acadêmica declarada.....	94
Tabela 4 – Tipos de atendimento para idosos e familiares/cuidadores	96
Tabela 5 – Recursos e condutas tidos por profissionais na atenção às pessoas idosas, segundo área de inserção profissional (Saúde e Assistência Social)	97
Tabela 6 – Desafios sinalizados pelos profissionais na atenção e nos cuidados à pessoa idosa	101
Tabela 7 - Estratégias assinaladas pelos participantes para melhoria da gestão do cuidado e dos planos de cuidados às pessoas idosas	107

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGA	Avaliação Geriátrica Ampla
AGG	Avaliação Gerontológica Global
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
AMAE	Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades
AMPI-AB	Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
ASS. SOCIAL	Assistência Social
AVD	Atividades da Vida Diária
CA	Cidade Ademar
CAEI	Centro de Acolhida Especial para Idosos em Situação de Rua
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CDI	Centro Dia para Idosos
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DIESSE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HDRHC	Hospital Dia da Rede Hora Certa
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICESP	Instituto do Câncer do Estado de São Paulo
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LTC	Long Term Care
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MP	Ministério Público
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NCI	Núcleo de Convivência de Idosos
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PAF	Plano de Atendimento Familiar
PAHO	Pan American Health Organization
PAI	Programa Acompanhante de Idosos
PDU	Plano de Desenvolvimento do Usuário
PIA	Plano Individual de Atendimento
PMSP	Prefeitura Municipal de São Paulo
PTS	Plano Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RASPI	Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa
SACA	Santo Amaro e Cidade Ademar
SGD	Sistema de Garantia de Direitos
SMADS	Secretaria Municipal de Desenvolvimento e Assistência Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
STS	Supervisão Técnica de Saúde
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNATI	Universidade da Terceira Idade
URSI	Unidade de Referência à Saúde do Idoso
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 INTRODUÇÃO	18
1.1 ENVELHECIMENTO, VELHICE, SAÚDE E BEM-ESTAR DA PESSOA IDOSA.....	19
1.1.1 <i>Conceitos de envelhecimento</i>	21
1.1.2 <i>Saúde e bem-estar da pessoa idosa</i>	23
1.1.3 <i>Acesso à Saúde, à Previdência e à Assistência Social pela pessoa idosa: a questão da Seguridade Social</i>	25
1.2 CONTEXTO DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO, ENVELHECIMENTO E VELHICE	25
1.3 MARCO LEGAL, OUTROS DOCUMENTOS E EVENTOS ESTRATÉGICOS PARA AFIRMAÇÃO DE DIREITOS DAS PESSOAS IDOSAS	30
2 O CUIDADO E A GESTÃO DE PLANOS DE CUIDADOS A IDOSOS	36
2.1 CUIDADO E INTEGRALIDADE	36
2.2 GESTÃO DO CUIDADO AO IDOSO E PLANOS DE CUIDADOS A IDOSOS	40
2.2.1 <i>Gestão de cuidado à pessoa idosa</i>	40
2.2.2 <i>Avaliação da pessoa idosa</i>	47
2.2.3 <i>Planos de cuidados nas áreas de Saúde e Assistência Social</i>	49
2.2.3.1 Planos de Cuidados na Saúde	49
2.2.3.2 Planos de Cuidados na Assistência Social.....	51
2.2.4 <i>Transição de cuidados</i>	53
2.3 CUIDADO AO IDOSO NA CIDADE DE SÃO PAULO.....	53
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	56
3.1 RESULTADOS DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	56
4 OBJETIVOS	81
4.1 OBJETIVO GERAL	81
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	81
5 METODOLOGIA.....	82
5.1 TIPO DE PESQUISA	82
5.2 LOCAL DE ESTUDO: A REGIÃO DE CIDADE ADEMAR	82
5.2.1 <i>Dados demográficos</i>	84
5.3 SELEÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES	88
5.4 COLETA DE DADOS.....	89
5.4.1 <i>Primeira etapa: questionário on-line</i>	89
5.4.2 <i>Segunda etapa: Grupo Focal</i>	90
5.5 ANÁLISE DE CONTEÚDO	91
5.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	91
6 RESULTADOS	93
6.1 RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO ON-LINE	93

6.1.1 <i>Parte 1: caracterizações pessoal e profissional dos participantes</i>	93
6.1.2 <i>Parte 2: cuidados às pessoas idosas e integralidade na atenção</i>	95
6.1.3 <i>Parte 3: desafios na atenção e nos cuidados à pessoa idosa</i>	101
6.1.4 <i>Parte 4: estratégias possíveis para melhoria do cuidado e da gestão de planos de cuidados às pessoas idosas</i>	106
6.2 RESULTADOS DO GRUPO FOCAL	109
6.2.1 <i>Categoria 1: pessoa idosa</i>	111
6.2.2 <i>Categoria 2: rede de suporte</i>	116
6.2.3 <i>Categoria 3: profissionais</i>	119
6.2.4 <i>Categoria 4: condições de trabalho e estruturas relacionadas aos serviços</i>	122
6.2.5 <i>Categoria 5: política e rede setorial</i>	124
6.2.6 <i>Categoria 6: rede intersetorial</i>	127
7 DISCUSSÃO	131
7.1 O PERFIL DOS PARTICIPANTES	131
7.2 GESTÃO DO CUIDADO NO NÍVEL <i>MICRO</i>	132
7.3 GESTÃO DO CUIDADO NO NÍVEL <i>MESO</i>	139
7.4 GESTÃO DO CUIDADO NO NÍVEL <i>MACRO</i>	144
7.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	153
8 CONCLUSÃO	157
REFERÊNCIAS	159
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ON-LINE	181
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE....	186
ANEXO A – ANUÊNCIA E AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA - SAÚDE	188
ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO	189
ANEXO C – ANUÊNCIA E AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA - ASSISTÊNCIA SOCIAL	193
ANEXO D – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP	198

APRESENTAÇÃO

O interesse pelo tema “gestão de planos de cuidados” iniciou-se concomitantemente ao exercício profissional da pesquisadora, que é graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista (Unesp) e especialista em Gestão da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Sua experiência profissional iniciou-se em serviços públicos de saúde dirigidos por Organizações Não Governamentais voltadas a pessoas com deficiência no interior do estado de São Paulo, tendo contato com planos de cuidados junto a equipes multidisciplinares.

A pesquisadora prosseguiu, em 2008, na cidade de São Paulo, nos chamados Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), atualmente denominados Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)¹, lotados em Unidades Básicas de Saúde (UBS). A equipe NASF tem como objetivo participar do planejamento conjunto com as equipes às quais está vinculada, de modo a contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e a auxiliar no aumento da capacidade de análise e de intervenção. Reforça-se, assim, o trabalho exercido pela Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Dentre as ações realizadas pelas equipes dos NASF-AB, podem ser citadas: discussão de casos, atendimento individual, atendimento compartilhado, interconsulta, educação permanente, grupos, ações intersetoriais, discussão do processo de trabalho das equipes no território e construção conjunta de projetos terapêuticos singulares (Brasil, 2017c). Nesse trabalho, eram realizados atendimentos às pessoas de todas as faixas etárias, incluindo os idosos.

Desde 2014, a atuação da pesquisadora se desenvolve no Programa Acompanhante de Idosos² (PAI), uma política pública do município de São Paulo, por meio da qual se presta cuidado domiciliar no âmbito biopsicossocial à população idosa em situação de fragilidade e de vulnerabilidade social (Berzins; Paschoal, 2009; Batista, 2013; São Paulo, 2016a). O PAI é um serviço que objetiva desenvolver autocuidado, manutenção ou melhoria de capacidade funcional, bem-estar, qualidade de vida, autonomia e independência. Além disso, visa romper

¹ Os NASF configuram-se como equipes que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações, redefinidas na Política Nacional de Atenção Básica, Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (Brasil, 2017b).

² O PAI teve início no ano de 2004, foi desenvolvido pela Secretaria Municipal da Saúde da cidade de São Paulo e, devido ao sucesso efetivo com os idosos inicialmente atendidos, tornou-se política pública em 2008 (Berzins; Paschoal, 2009).

com o isolamento e com a exclusão social, integrar as redes formais e informais de atenção à pessoa idosa para o fortalecimento de parcerias e para a obtenção de alternativas de atendimento de demandas sociais e sanitárias. Ademais, propõe retardar ou evitar a institucionalização.

A saber, o programa é preferencialmente desenvolvido em UBS. Na experiência da pesquisadora, foi possível compor equipe de PAI nesse formato. Nos últimos seis anos, em uma Unidade de Referência à Saúde do Idoso (URSI), ela participa de conjunto de profissionais, com supervisor, enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem, motorista e Acompanhante de Idosos, considerado o principal profissional da equipe (São Paulo, 2016a).

Ressalta-se que, como meio de operacionalização dos objetivos do PAI, o plano de cuidados é considerado um instrumento sustentador e dinâmico, que define as ações a serem desenvolvidas pela equipe de trabalho em relação à pessoa idosa atendida, de acordo com as necessidades nos âmbitos da saúde e do social (Berzins; Paschoal, 2009; Batista, 2013; São Paulo, 2016a). Ele é fomentado após avaliação inicial, que considera diagnósticos clínicos, medicações utilizadas, condições socioeconômicas, suportes social e familiar e resultados da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI-AB) (São Paulo, 2016a).

Essa avaliação foi proposta de modo a instrumentalizar as UBS para a qualificação da demanda, para o planejamento, bem como para a gestão do cuidado em saúde das pessoas idosas que possuem maior prevalência de incapacidades e de dependência para as Atividades da Vida Diária (AVD), com necessidade de cuidados continuados. Dessa forma, com a AMPI-AB em conjunto com o plano de cuidados, busca-se promover o envelhecimento ativo, potencializar e manter a melhor capacidade funcional possível (São Paulo, 2016a). A implantação da AMPI-AB na cidade de São Paulo se concretiza em um cenário em que o envelhecimento da população ocorre de maneira acelerada nas últimas décadas, exigindo abordagens e ações qualificadas para o cuidado ao idoso (São Paulo, 2016a).

No exercício profissional no PAI, a pesquisadora percebeu que os idosos são frequentemente atendidos em vários serviços do setor da Saúde em âmbito público, como Unidades Básicas de Saúde e ambulatórios de especialidades. Eles passam por atendimentos hospitalares, serviços de pronto atendimento, de diagnósticos e outros, além de serem atendidos na rede privada. Casos mais complexos, dos pontos de vista clínico e social, são também atendidos pelas equipes do setor da Assistência Social, como Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), entre outros. Apesar da oferta diversificada de serviços, a pesquisadora tem verificado, muitas vezes, dificuldade no estabelecimento de planos de cuidados de maneira

compartilhada e atualizada, o que torna o cuidado ainda mais desafiador quando envolve os dois setores.

A fragmentação do cuidado à pessoa idosa é presenciada diariamente. Isso parece decorrer, por um lado, da insuficiência de efetivação das políticas sociais, do fato de as equipes estarem inseridas em equipamentos diferentes, com reduzida possibilidade de diálogo e de articulação de saberes e práticas; por outro lado, das rápidas mudanças vivenciadas pela pessoa e por seu contexto, tornando obsoletas algumas informações e decisões já tomadas. Essa conjuntura parece dificultar o planejamento de cuidados e o gerenciamento da assistência às pessoas idosas.

1 INTRODUÇÃO

As transformações demográfica e epidemiológica no Brasil mostram sinais de que a gestão em saúde em torno do envelhecimento e da velhice deve avançar. Esse processo está convergindo para o aumento em alta escala das pessoas idosas com doenças crônico-degenerativas, o que implica esforços, principalmente dos órgãos públicos, para incremento e adequações das políticas sociais. Os impactos dos gastos públicos e, também, dos gastos privados com o envelhecimento tendem a aumentar, seguindo a tendência de outros países em estágios mais avançados na transição demográfica (Hekman, 2006). Nos países desenvolvidos, já se convive com os desafios das “epidemias de demências e fraturas de fêmur”, porém ainda não foram solucionados (Chaimowicz, 2013, p. 154).

A despeito dessa realidade, Moraes (2012) avalia que a assistência à saúde do idoso é frequentemente fragmentada e insuficiente. Além disso, atualmente, existe uma descontinuidade da assistência à saúde do idoso nos serviços de Saúde.

A proposta das Redes de Atenção à Saúde como estratégia de superação da fragmentação da assistência às pessoas reforça a ideia de que o cuidado deve ser integral (Mendes, 2011). As necessidades das pessoas só podem ser compreendidas e atendidas na perspectiva da integralidade. Elas envolvem diversas esferas de cuidado e implicam diálogo entre estas, da macroesfera, compreendida pelo Estado, à microesfera, que inscreve o ato terapêutico (Ayres, 2009). Pensar a equidade e a integralidade da atenção requer que enxerguemos como o “micro” está no “macro” e o “macro” está no “micro”. Essa visão é mais que uma formulação teórica e tem importantes implicações na organização das práticas de cuidado. As lutas pela equidade e pela integralidade demandam, necessariamente, repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em Saúde (Cecílio, 2009).

A gestão de planos de cuidados se localiza no âmbito micro da atenção (Moraes, 2012), que, como salientado anteriormente, compõe e é composta pelo âmbito macro. Diante disso, salienta-se que, durante a trajetória profissional da pesquisadora, foi constatado que os planos têm se mostrado cada vez mais necessários para nortear os caminhos para o cuidado integral à saúde e para a promoção do bem-estar, tanto na opinião dos profissionais quanto na dos usuários e dos familiares.

Dessa forma, com intuito de compreender de maneira aprofundada os desafios que permeiam a gestão de planos de cuidados na visão de profissionais e os meios de superação

desses desafios, considerando as diversas esferas de cuidado e suas inter-relações, propõe-se a presente pesquisa.

Espera-se que os resultados deste estudo auxiliem no cuidado à população idosa, especialmente à sua parcela mais frágil, de modo a potencializar seu bem-estar e a favorecer o cotidiano profissional dos trabalhadores envolvidos nesse processo.

1.1 ENVELHECIMENTO, VELHICE, SAÚDE E BEM-ESTAR DA PESSOA IDOSA

O envelhecimento é um fenômeno comum a todos os seres humanos. É definido como um processo de mudanças singulares em cada indivíduo, com aumento da vulnerabilidade, acumulação de perdas evolutivas e maior probabilidade de morte. O ritmo, a duração e os efeitos desse processo comportam diferenças entre as pessoas e os grupos etários, a depender de eventos de natureza genético-biológica, social, histórica e psicológica (Neri, 2001; Hooyman; Kiyak, 2017). Esse processo apresenta diversificações, ainda, dependentes da visão de mundo compartilhada em práticas, crenças e valores de determinada sociedade (Heck; Langton, 2002). Ademais, trata-se de um processo natural, irreversível e singular, que se estrutura ao longo da existência ou do percurso de vida por meio de escolhas e de circunstâncias (Brasil, 2014a, 2017a), em que há um acúmulo de exposições a fatores de proteção e, também, a fatores de risco que irão compor o indivíduo (Alkema; Alley, 2006; Ferraro, 2014).

A velhice, por sua vez, é considerada como última fase do ciclo vital (Neri, 2001; Papaléo Netto, 2013). As mudanças mais frequentemente vivenciadas pelo indivíduo nessa fase, como diminuição das capacidades funcional e cognitiva, redução da capacidade de trabalho e aumento da dependência de terceiros, dependem de múltiplos fatores endógenos e exógenos que devem ser considerados de forma integrada, tais quais: estilo de vida, condições de saúde, genética, realidades social e familiar, acesso a serviços de Saúde, gênero, classe social, educação, fatores de personalidade, história passada e contexto sócio-histórico (Debert, 1999; Neri, 2001; Papaléo Netto, 2013).

É importante ressaltar que a idade cronológica tem estreita relação com a idade funcional, que pode ser definida como grau de conservação do nível de capacidade adaptativa. Cabe observar que não há definição clara de que a velhice possa ser assinalada em seu início por características psicológicas, físicas, sociais, culturais ou espirituais (Papaléo Netto, 2013).

Já o conceito de pessoa idosa ou de idoso(a) (Papaléo Netto, 2013), atualmente, é ligado à idade cronológica e define o indivíduo a partir de 65 anos, em países desenvolvidos, e de 60

anos, em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil (Neri, 2001; Brasil, 2003; Papaléo Netto, 2013).

Cabe trazer à tona a observação de Minayo e Coimbra Jr. (2002), os quais afirmam que o envelhecimento e a velhice, no imaginário social, sempre foram pensados como peso econômico, tanto para a família quanto para a sociedade, o que se relaciona a uma visão depreciativa dos idosos, alimentada pela ideologia produtivista. Esse fato é uma exceção quando se aborda o papel do pajé em comunidades indígenas e o idoso com riqueza e poder. Algumas pesquisas realizadas em sociedades não ocidentais apresentam imagens positivas sobre o envelhecimento e a velhice, o que demonstra ser um fenômeno influenciado fortemente pela cultura (Beauvoir, 1990; Uchôa, 2003).

Na gerontologia, a complexidade que envolve os temas “envelhecimento”, “velhice” e “pessoa idosa” fez com que o assunto fosse discutido por outras áreas do conhecimento, como a Sociologia, a Psicologia e a Epidemiologia, além de haver abordagem clínico-biológica. Em 1909, o médico Ignatz Leo Nascher disseminou o chamado axioma³ de Rudolph Virchow, patologista alemão que afirmava que a “medicina é uma ciência social” (Ferraro, 2014, p. 17; Alkema; Alley, 2006).

Minayo e Coimbra Jr. (2002, p. 12), em debates antropológicos, chamam a atenção para o fato de que observadores e estudiosos desse campo falam pelos idosos, construindo imagens voltadas para o “desgaste dos corpos, os vincos nas faces, a voz mais cadenciada, o andar mais vagaroso ou trôpego, a queda inexorável dos músculos e a fragilidade dos movimentos”. Os autores questionam, também, o lugar estereotipado que a sociedade lhes reserva. No mais, eles acreditam que é necessário construir uma nova visão da velhice, como um tempo no qual se pode optar com menos constrangimentos pelo rumo que se quer dar a essa última etapa da vida, produzindo a partir dela uma síntese criadora (Minayo; Coimbra Jr., 2002).

Para Neri (2001), a heterogeneidade entre os idosos aumenta substancialmente à medida que o ciclo vital se alonga. Assim, nos dias atuais, há uma proliferação de termos usados para mencionar pessoas que já viveram mais tempo, os mais utilizados são: “melhor idade”, “terceira idade”, “adulto maduro”, “maturidade”, “idoso”, “velho”, “meia-idade”, “idade maior” (Neri; Freire, 2000).

Nesse contexto, na definição e nas redefinições de espaços sociais, o termo *terceira idade* abarca a população com idade entre 60 e 75 anos na Europa, compreendido como uma

³ “*Axioma*: 1. Proposição, premissa evidente por si mesma. 2. Sentença máxima que encerra uma verdade indiscutível. 3. Enunciado indemonstrável admitido como ponto de partida para as demonstrações de uma teoria” (Tellaroli S. Dicionário da Língua Portuguesa Larousse. São Paulo: Editora Ática, 2001).

nova categoria que designa o envelhecimento ativo e independente, o qual geralmente tem condições econômicas mínimas e práticas múltiplas, como atividades físicas e culturais (Neri; Freire, 2000). Debert (1997) afirma que, no Brasil, essa expressão se popularizou rapidamente, como resultado de processo contínuo da socialização da gestão da velhice. A *quarta idade*, por sua vez, situa-se entre 75 e 85 anos; a *quinta idade*, a partir dos 86 anos (Peixoto, 2000; Minayo; Coimbra Jr, 2002).

Outros autores classificam os idosos da seguinte forma: pessoas de 65 a 74 anos são os *idosos jovens*; aqueles com idade entre 75 e 84 anos são os *idosos velhos*; e os que possuem 85 anos ou mais são os *idosos mais velhos* (Schneider; Irigaray, 2008; Hooyman; Kiyak, 2017). Estes, a saber, têm sido cada vez mais referidos como indivíduos com 90 anos ou mais (Hooyman; Kiyak, 2017).

Hooyman e Kiyak (2017) apresentam, também, termos para grupos de idosos divididos por décadas: idosos entre 60 e 69 anos são sexagenários; de 70 a 79, septuagenários; de 80 a 89, octogenários; de 90 a 99, nonagenários; de 100 a 109, centenários; acima de 110 anos, supercentenários.

Os termos “idade madura” e “maturidade” designam a sucessão de mudanças ocorridas no organismo e a conquista de papéis sociais e de comportamentos considerados próprios ao adulto mais velho. O uso de termos e expressões em torno do envelhecimento e da velhice tem por objetivo, muitas vezes, mascarar o preconceito e negar a inexorabilidade desse processo e dessa fase da vida. As pessoas que vivem por mais tempo deveriam ser chamadas, simplesmente, de velhas ou idosas, segundo Neri e Freire (2000). A saber, no decorrer de todo o trabalho, optou-se por utilizar o termo “idoso” ou “pessoa idosa”.

1.1.1 *Conceitos de envelhecimento*

Ao longo da história, perspectivas teóricas destacaram os possíveis desfechos do processo de envelhecimento como: padrões normativos, patológicos ou bem-sucedidos; assim como com indicadores de qualidade de vida ou perfis de saúde, ajustamento, bem-estar e longevidade. São populares, principalmente, os termos de ordem positiva, como envelhecimento “bem-sucedido”, “produtivo”, “ótimo”, “ativo” e “resiliente” (Batistoni, 2018).

Sobre esse tema, Palmore (2017) coloca que as teorias de “envelhecimento ótimo” são fundamentais para auxiliar na compreensão de como melhorar a experiência comum do processo de envelhecimento.

De acordo com Moraes (2008), existem dois tipos de envelhecimento: o **envelhecimento populacional** e o **individual**. O primeiro pode ser reversível, caso ocorra o aumento da fecundidade; o segundo representa a consequência ou os efeitos da passagem do tempo, estes podem ser positivos ou negativos e são observados nas diversas dimensões do indivíduo: organismo e psiquismo.

Paralelamente, tem-se o **envelhecimento normativo**, que retrata o processo natural de desenvolvimento em fases avançadas da vida (Papaléo Netto, 2013). Para Rowe e Khan (1987), dentro da categoria de envelhecimento normativo, admitem-se, atualmente, duas formas diferentes de envelhecimento: comum ou usual e bem-sucedido ou saudável (Rowe; Khan⁴, 1987 apud Papaléo Netto, 2013).

Já no **envelhecimento comum**, observa-se uma perda funcional lenta e progressiva que não provoca incapacidade, mas acarreta alguma limitação para o indivíduo (Moraes, 2008). A chamada senescência é resultante da soma de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas próprias do envelhecimento normativo (Moraes, 2008; Papaléo Netto, 2013). As alterações são graduais por todo o corpo, reduzindo a viabilidade de vários sistemas e aumentando sua vulnerabilidade a doenças (Hooyman; Kiyak, 2017). Ainda dentro do envelhecimento comum, podem ser encontrados idosos com alterações fisiológicas mais expressivas, o que caracteriza a síndrome da fragilidade ou *frailty*. Os idosos frequentemente portam múltiplas doenças. Somam-se, nesses indivíduos, os efeitos das alterações fisiológicas próprias do envelhecimento e aqueles decorrentes de modificações funcionais produzidas pela presença de doenças concomitantes.

Esse tipo de envelhecimento é difícil de ser diferenciado do **envelhecimento patológico**, o qual é associado a doenças e incapacidades, ou seja, à senilidade. O limite entre os dois estados não é claro, parece haver, frequentemente, uma forte sobreposição entre eles ou um trânsito entre os dois estados (Moraes, 2008; Papaléo Netto, 2013). Para Moraes (2008), todavia, nesse tipo de envelhecimento, não há doenças aparentes capazes de justificar o grau de fragilidade apresentado pelo idoso e, provavelmente, isso se deve a alterações fisiológicas mais acentuadas, de causa desconhecida ou não diagnosticada.

Para Baltes e Baltes (1990), cabe ressaltar que o **envelhecimento saudável** está associado à ideia de que o indivíduo preserva seu potencial de desenvolvimento no decorrer de toda a vida, com equilíbrio entre suas limitações e potencialidades. Para a Organização Mundial da Saúde (2015), esse envelhecimento é mais que apenas a ausência de doença, é o processo de

⁴ Rowe JW, Khan R. Human aging: usual and successful. Science. 1987 jul;237(4811): 143-151.

desenvolvimento e de manutenção da capacidade funcional que permite à pessoa idosa o bem-estar em idade avançada. Ou seja, embora os idosos possam ter suas capacidades funcionais limitadas, se os ambientes fornecerem recursos de apoio — como muleta, cadeira de rodas e transportes acessíveis —, essas pessoas poderão ser ou fazer o que valorizam. Ressalta-se que nem a capacidade funcional nem a capacidade intrínseca, que se refere às capacidades físicas e mentais, permanecem constantes (OMS, 2015).

Cabe lembrar que se enfatiza que envelhecer bem não é meramente uma questão individual, mas também um processo que deve ser facilitado pelas políticas públicas e pelo aumento das iniciativas sociais e de saúde ao longo da vida. Para tanto, é preciso acrescer as oportunidades, a fim de que os indivíduos possam optar por hábitos mais saudáveis, fazer controle da própria saúde, viver com mais segurança e de forma participativa na sociedade, com objetivo de melhorar a qualidade de vida (OMS, 2005; Lima, 2008; Brasil, 2017a; Hooyman; Kiyak, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que envelhecimento ativo amplia o conceito de “envelhecimento saudável” (Brasil, 2017a). O **envelhecimento ativo**, por sua vez, significa envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia e baseia-se no reconhecimento dos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização (OMS, 2005; Brasil, 2017a).

O termo “ativo” não está relacionado somente à capacidade física ou a fazer parte da força de trabalho. Ele significa envolvimento contínuo nas questões sociais, econômicas, espirituais e civis; implica procurar aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para toda a diversidade de idosos, inclusive para aqueles que são considerados frágeis (OMS, 2005).

1.1.2. *Saúde e bem-estar da pessoa idosa*

Saúde é mais comumente definida, conforme preconizado pela OMS, como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”, não apenas como “a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1947 apud PAHO, 2008, p. 4). Ainda que essa definição configure-se uma alternativa aceitável e um avanço em relação ao proposto anteriormente nos modelos biomédicos (PAHO, 2008), estudiosos a criticam por considerá-la ultrapassada e unilateral (Segre; Ferraz, 1997; Batistella, 2007; PAHO, 2008), utópica e inalcançável (PAHO, 2008).

Cabe salientar que o termo “saúde” tem caráter multidimensional, deve ser examinado segundo as diferentes culturas e teorias e depende dos contextos social, histórico e geográfico.

Ele nunca será redutível a qualquer uma de suas dimensões, seja ela biológica, psicológica, individual ou coletiva, objetiva ou subjetiva (Canguilhem, 2005).

Na direção dessa perspectiva, a OMS tem discutido a ampliação do conceito de Saúde. A chamada 4ª dimensão da saúde, ou seja, a saúde espiritual, vem sendo explorada ativamente, assim como seu impacto na saúde geral e na felicidade dos indivíduos (Dhar; Chaturvedi; Nandan, 2011; Chirico, 2016).

As tentativas de definir a saúde por meio de constantes funcionais e de médias estatísticas não consideram o corpo subjetivo (Canguilhem, 2005; Batistella, 2007). Nos encontros entre indivíduo e profissional, referências como dor, sofrimento e prazer são inevitáveis quando se fala de saúde; esse fato requer o discurso do próprio indivíduo, não do profissional (Caponi, 1997; Batistella, 2007). Nesse contexto, é possível afirmar que há uma parte do corpo humano vivo que é inacessível aos outros, que é, exclusivamente, acessível a seu titular (Batistella, 2007). Consequentemente, na perspectiva da qualidade de vida, a subjetividade é priorizada. Destaca-se que, segundo Segre e Ferraz (1997), a qualidade de vida é algo intrínseco ao sujeito, e somente pode ser avaliada por ele próprio.

A exemplo disso, *The WHOQOL Group* elaborou um instrumento de avaliação de qualidade de vida que propõe a análise das percepções das pessoas perante aspectos objetivos e subjetivos. Essa avaliação inclui as dimensões física, psicológica, social e espiritual — em outras palavras, a percepção do indivíduo sobre o significado de sua vida ou sobre as crenças pessoais que estruturam e qualificam a sua experiência existencial (Paschoal, 2013).

Em síntese, a saúde como “estado de não doença” cedeu lugar a uma nova noção, centrada na prevenção de agravos e na promoção da saúde, passando a ser relacionada à qualidade de vida dos indivíduos e da população e composta por um conjunto de bens que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, o saneamento básico, a vigilância sanitária, a farmacologia, a moradia, o lazer e outros (Brasil, 2000; Junia, 2011). Esse conceito enfatiza que a saúde não é de responsabilidade exclusiva do setor da Saúde, ela envolve outros setores e a participação ativa do próprio indivíduo.

O empoderamento dos indivíduos e grupos em relação ao seu processo de saúde e doença constitui-se importante medida de promoção da saúde. Ele encontra-se em consonância com a teoria salutogênica e pode ser fomentado a partir dela. Na palavra “salutogênica”, “saluto” significa saúde e “gênese”, origem. Segundo esse referencial teórico, não há um limite preciso entre a saúde e a enfermidade, mas graus e expressões diversos, num processo de reações diante de estímulos internos e externos (Sarriera et al., 1996; Marques, 2003).

A teoria em questão considera que as doenças e os estressores são inerentes à condição humana, e a adaptação do organismo às adversidades é o foco central. Quanto mais forte o senso de coerência de indivíduos e grupos, mais adequadamente eles lidam com essas condições, enfrentam dificuldades do dia a dia e, portanto, mantêm a saúde. O senso de coerência consiste em uma orientação global no sentido de ver a vida estruturada, manejável e com sentido emocional. Esse processo também pode ser fundamentado na pedagogia libertadora e problematizadora de Paulo Freire, que orienta a reflexão crítica e constante sobre a realidade, aquisições de competências individuais e desenvolvimento de recursos coletivos. Há evidências de que esse tipo de conduta promove mais saúde, sujeitos mais reflexivos e autônomos e transformação socio sanitária (Silva; Mendonça; Vettore, 2008; Fries, 2020).

1.1.3 Acesso à Saúde, à Previdência e à Assistência Social pela pessoa idosa: a questão da Seguridade Social

A Seguridade Social é prevista na Constituição da República Federativa do Brasil e compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar aos cidadãos brasileiros os direitos relativos à Saúde, à Previdência e à Assistência Social. Ela tem como princípios a universalidade, a diversidade da base de financiamento, o caráter democrático e a descentralização da administração, a gestão participativa, entre outros (Brasil, 1988; Salvador; Alencar Junior, 2015).

No presente estudo, a saber, o enfoque será dado às políticas de Saúde e de Assistência Social. A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida por meio de políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, 1990; Maciel et al., 2017). A Assistência Social, por sua vez, objetiva prover os mínimos sociais, a instauração das condições para o exercício da cidadania e para a proteção social da população que dela necessitar (Brasil, 1988, 1993; Serpa; Virginia; Cavalcante, 2015; Berzins; Giacomini; Camarano, 2016).

1.2 CONTEXTO DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO, ENVELHECIMENTO E VELHICE

A duplicação da expectativa de vida no século XXI representa oportunidades extraordinárias para indivíduos e sociedades, da mesma forma que os desafios também ganham grande magnitude (Simões, 2016). No Brasil, no ano de 1900, a expectativa de vida era de 33,7

anos, saltando significativamente em pouco mais de 11 décadas e atingindo 75,4 anos em 2014 (Simões, 2016).

O aumento contínuo da população de idosos pode ser verificado no Gráfico 1 e na Tabela 1 aqui apresentados. A previsão é que, entre 2010 e 2050, o grupo de indivíduos com 60 anos ou mais triplique em termos absolutos no Brasil, saltando de 19,6 milhões para 66,5 milhões de pessoas. Em 2030, o número de idosos superará o de crianças e adolescentes em cerca de 2,28 milhões, diferença que tenderá a aumentar para 34,6 milhões em 2050 (66,5 milhões contra 31,8 milhões, respectivamente) (Simões, 2016).

Tabela 1 – População residente, total e proporção, por grupos de idade no Brasil (1940/2050)

Ano	População residente						
	Total				Proporção (%)		
	Total	De 0 a 14 anos	De 15 a 59 anos	De 60 anos e mais	De 0 a 14 anos	De 15 a 59 anos	De 60 anos e mais
1940	41 132 884	17 523 641	21 942 119	1 667 124	42,60	53,34	4,05
1950	51 784 603	21 670 246	27 916 906	2 197 451	41,85	53,91	4,24
1960	69 957 865	29 854 870	36 790 575	3 312 420	42,68	52,59	4,73
1970	92 955 059	39 130 433	49 108 418	4 716 208	42,10	52,83	5,07
1980	118 874 665	45 460 763	66 197 885	7 216 017	38,24	55,69	6,07
1991	146 825 475	50 988 432	85 114 338	10 722 705	34,73	57,97	7,30
2000	173 448 346	52 107 064	107 105 551	14 235 731	30,04	61,75	8,21
2010	195 497 797	49 934 121	125 961 822	19 601 854	25,54	64,43	10,03
2020	212 077 375	44 315 024	138 471 689	29 290 662	20,90	65,29	13,81
2030	223 126 917	39 256 945	142 328 209	41 541 763	17,59	63,79	18,62
2040	228 153 204	35 441 110	138 507 200	54 204 894	15,53	60,71	23,76
2050	226 347 688	31 849 189	128 040 929	66 457 570	14,07	56,57	29,36

Fonte: IBGE⁵ (2016 apud Simões, 2016)

É possível analisar que, no ano de 2020, a previsão era de o país contar com 13,81% de idosos em relação à população total, enquanto para 2050 é previsto que essa porcentagem suba para 29,36%. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2019, do total de 210,1 milhões de brasileiros, 34 milhões eram idosos, ou seja, 16,2% da população do país, número maior que o previsto pelo IBGE em 2016 (DIEESE, 2020).

⁵ Censo Demográfico 1940/2010 e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade 2000-2060. [acesso em 20 nov. 2020]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97884_cap2.pdf.

Gráfico 1 – Estrutura relativa da população por sexo e idade no Brasil (1940/2050)

Fonte: IBGE (2016 apud Simões, 2016)

No Gráfico 1, é possível perceber a mudança no desenvolvimento da pirâmide etária ao longo das décadas. No censo de 1940, a base era alargada e o topo era estreito, o que significa que havia um alto número de crianças e menor quantidade de idosos. Em contrapartida, nas projeções de 2020 e 2050, percebe-se a diminuição da base e o alargamento do topo: o número de crianças diminui, enquanto o número de idosos aumenta.

Esse processo de mudança demográfica deve-se a vários fatores. Dentre eles, está a diminuição da taxa de fecundidade e de mortalidade no geral. Salienta-se que, nessa mortalidade, está inclusa a referente à população idosa, o que contribui para o aumento do número de idosos mais idosos, ou seja, aqueles acima de 80 anos. Estes estão mais expostos às fragilidades, logo, demandam mais cuidados (Alcântara; Camarano; Giacomini, 2016). Cabe salientar que as projeções indicam que essa parcela da população irá crescer 9% ao ano entre 2030 e 2050 e passará dos atuais 2,7 para 13,8 milhões, quando representará mais de 6% da população brasileira (Chaimowicz, 2013).

Simões (2016) chama a atenção para o impacto das alterações no padrão demográfico sobre as estruturas etárias e sua extrema relevância para a identificação das características das

distintas gerações e coortes⁶ populacionais no país. Trata-se de gradativas mudanças que refletem e apontam novas questões e demandas, principalmente em relação aos serviços que as instâncias governamentais e a sociedade no geral devem proporcionar aos diferentes grupos de cidadãos. Apesar dos importantes avanços na área das políticas públicas e sociais, o Brasil ainda evidencia graves desigualdades sociorregionais. Dessa forma, ao se pensar em planejamento de políticas, deve-se considerar as particularidades de cada região, uma vez que estas apresentam ritmos diferentes de transição demográfica. O impacto da nova dinâmica demográfica demanda cuidados de longa duração para a população idosa, sejam eles formais ou informais (Simões, 2016).

O IBGE (2009) estima que 1/3 da população idosa não curse com doenças crônicas e os outros 2/3 tenham uma ou mais. As doenças crônicas estão relacionadas a causas múltiplas e possuem como característica início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Elas apresentam percurso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Entre as doenças crônicas incluem-se: cardiovasculares, diabetes, neoplasias, demências, doenças osteomusculares e depressão. Os déficits sensoriais, como o auditivo e o visual, também estão sendo considerados condição crônica (Brasil, 2014b).

O fenômeno do envelhecimento acelerado acarreta desafios à gestão das políticas sociais, em especial as de Saúde. Outras áreas fortemente demandadas são as da Assistência Social e da Previdência Social, instâncias que, com a Saúde, formam o arcabouço de segurança social para a população brasileira (Brasil, 2014a). Na área da Saúde, são necessários: ampliação e melhoria do atendimento; preparação de quadros técnicos; e profissionais especializados em geriatria, fisioterapia, terapia ocupacional etc. Áreas como cultura e educação são requeridas para a valorização dos idosos; outras políticas, ainda, configuram-se importantes, como as de infraestrutura urbana, de adequação do espaço urbano e de moradias (Simões, 2016).

Muitos idosos conseguem manter sob controle suas doenças, de modo que não gerem incapacidades para suas atividades cotidianas. Porém, uma parcela da população idosa é considerada frágil por se encontrar em idade mais avançada, com polipatologias, realizando polifarmácia, com histórico de internações hospitalares, quedas, fadigabilidade e insuficiência nos suportes familiar e social. Considerando-se a complexidade e a multiplicidade de fatores, os idosos estão sujeitos a: incapacidades, dependência, institucionalização, exclusão social,

⁶ *Coorte*: o termo é usado para descrever grupos de pessoas que nasceram aproximadamente na mesma época e compartilham experiências em comum no decorrer da vida (Hooyman; Kiyak, 2017).

hospitalização e morte. Há uma prevalência de 10 a 25% de idosos frágeis com idade igual ou superior a 65 anos, e 46% com mais de 85 anos (Moraes, 2012; Rodrigues; Rauth, 2006).

Verifica-se, ademais, a diminuição do tamanho das famílias, o que influencia diretamente nas possibilidades de cuidado aos seus membros. No Brasil, de 1950 a 2020, a proporção de adultos para cada idoso diminuiu; até 2050, continuará reduzindo drasticamente. Enquanto em 1950 havia dezenove adultos para cada idoso, em 2050 essa proporção cairá para três adultos a cada idoso. Assim, com o passar do tempo, nem mesmo esse apoio possível estará garantido (Chaimowicz, 2013). Esse panorama demonstra queda da possibilidade de aporte familiar aos integrantes dependentes de cuidados (Hekman, 2006; Paschoal, 2013; Chaimowicz, 2013).

Perda de papéis sociais, depressão, solidão, perda do controle pessoal, da autonomia, do senso de significado pessoal e falta de um sentido para a própria vida, isto é, uma mortalidade psicológica (Baltes; Smith, 2003), também são fatores possíveis em um contexto de envelhecimento com doenças crônico-degenerativas, com sequelas e complicações (Paschoal, 2004). Acrescenta-se que o equilíbrio das atividades cotidianas é afetado pelas perdas inerentes ao processo de envelhecimento (Almeida, 2003).

Segundo a *World Health Organization* (WHO, 2017a), os sistemas de saúde do mundo ainda não estão preparados para cuidar das populações idosas. Isso ocorre porque, geralmente, os serviços se concentram na detecção e no tratamento de doenças agudas individuais e são tradicionalmente organizados para atender às demandas materno-infantis.

Em uma pesquisa realizada em 11 países de alta renda, até 41% das pessoas com 65 anos ou mais relataram problemas para coordenar seus prestadores de cuidados nos últimos dois anos (ONU, 2017). No Brasil, a assistência à saúde do idoso é fragmentada e descontinuada, observando-se multiplicidade de exames, consultas e outros procedimentos, o que não garante integralidade e custo-efetividade para as necessidades continuadas que muitos idosos apresentam (Brasil, 2014a, 2017a; Mendes, 2011; Veras, 2016; Moraes, 2017). Consequências da fragmentação do cuidado podem incluir, também, recomendações inapropriadas ou conflituosas, erros de medicação, estresse do cuidador e altos custos na assistência (Parry et al., 2003; Kairalla; Berretta, 2016).

Soma-se a esse contexto o fato de os sistemas de saúde serem historicamente hierarquizados, com foco em eventos agudos, fragmentação, medicalização, além de não considerarem as pessoas como indivíduos integrais e singulares. Desse modo, as ações não têm respondido às demandas de saúde da população (Brasil, 2012b). De mais a mais, a forma como são conduzidos os processos de cuidado — com extrema objetivação, olhar e exercício sobre o

corpo biológico — acaba por não considerar os outros elementos que fazem parte da produção da vida dos sujeitos ou da compreensão de sua realidade. As ações em Saúde estão vazias em relação ao interesse no outro e apresentam escuta empobrecida, o que faz com que os contínuos avanços científicos não resultem em efetividade do cuidado. O outro, nesse contexto, é tido como objeto da ação, e a relação profissional é, por vezes, vertical, unidirecional e com supervalorização do conhecimento técnico. Assim, a compreensão reducionista da saúde e dos sujeitos torna as propostas terapêuticas falhas, sobretudo em situações crônicas (Merhy; Feuerwerker, 2009).

Para Kairalla e Berreta (2016), os idosos e familiares, principalmente no sistema público, não têm consciência de seus diagnósticos principais. Além disso, outros desafios são verificados na questão da transição de cuidados, como alta hospitalar precoce, filas para atendimentos ambulatoriais, escassez de vagas em serviços diversos, ausência ou dificuldade no suporte familiar.

1.3 MARCO LEGAL, OUTROS DOCUMENTOS E EVENTOS ESTRATÉGICOS PARA AFIRMAÇÃO DE DIREITOS DAS PESSOAS IDOSAS

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 se estabeleceu como instrumento de defesa e de promoção do ser humano, destinando às pessoas idosas, dentre outros públicos, proteção especial (Saraiva, 2016). Com nossa Carta Magna, o público idoso passa a ser uma das prioridades na agenda pública governamental, devido, em grande parte, à organização social de idosos no país (Silva; Yazbek, 2014). Acrescenta-se que, com o aumento da longevidade, existe a necessidade de fomento de políticas públicas que habilitem idosos e reforcem a sua presença e o seu lugar na sociedade (Berzins, 2003). Adotando-se como referência o ano de 1988, ano da promulgação da Constituição no Brasil, buscou-se reunir legislações, outros documentos e eventos estratégicos, em âmbitos nacional e internacional, voltados à afirmação de direitos da pessoa idosa. Identificaram-se materiais abrangentes e também específicos das áreas da Saúde e da Assistência Social.

Quadro 1 – Marco legal, outros documentos e eventos voltados para afirmação de direitos da pessoa idosa em âmbito internacional

ANO	EVENTO/DOCUMENTO/ LEGISLAÇÃO	OBJETIVO
1991	Princípios das Nações Unidas em prol das Pessoas Idosas	Orientação da ONU para consolidação das políticas para idosos, com princípios que direcionam desafios do processo de envelhecimento e com conceitos acerca da independência, da participação, dos cuidados, da autorrealização e da dignidade (Veras; Oliveira, 2018).
1992	Proclamação do Envelhecimento/Conferência Internacional sobre Envelhecimento	Seguimento e ratificação pela ONU dos princípios elencados em 1991 (Veras; Oliveira, 2018).
2002	II Assembleia Mundial do Envelhecimento	Promovida pela ONU para formulação de estratégia para auxiliar as pessoas idosas a viverem com segurança e dignidade (ONU, 2003; Batista; Almeida; Lancman, 2011; Veras; Oliveira, 2018).
2002/ 2003	Declaração Política e o Plano de Ação Internacional de Madri para o Envelhecimento	Proposta pela ONU para garantia do envelhecimento com segurança, dignidade, oportunidades de participação social e para promoção de desenvolvimento de uma sociedade para todas as idades (ONU, 2003; Batista; Almeida; Lancman, 2011; Silva; Yasbek, 2014).
2002	26ª Conferência Sanitária Pan-Americana	Confirma a importância do Plano de Ação Internacional de Madri para o Envelhecimento e reforça a necessidade de promoção e proteção dos direitos humanos dos idosos, efetivação e ampliação de seu acesso à atenção de saúde e desenvolvimento de alternativas de atenção comunitária a longo prazo (OMS, 2002; Batista; Almeida; Lancman, 2011).
2003	I Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento na América Latina e Caribe/Estratégia Regional de Implementação do Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento	Orientação aos governantes dos países do continente sobre a formulação de políticas e a determinação de prioridades relacionadas ao envelhecimento na região (Silva; Yasbek, 2014).
2005	Política do Envelhecimento Ativo	Proposta pela OMS para orientação e formulação de planos de ação que promovam envelhecimento saudável e ativo e qualidade de vida dos indivíduos que envelhecem, incluindo aqueles que possuem incapacidades e requerem auxílio para realização de suas atividades cotidianas (OMS, 2005; Batista; Almeida; Lancman, 2011).
2007	II Conferência Intergovernamental sobre Envelhecimento na América Latina e no Caribe/Declaração de Brasília sobre o Envelhecimento	Promoção da sociedade para todas as idades e da proteção social baseada em direitos (CEPAL, 2007; Silva; Yasbek, 2014).
2009	Plano de Ação sobre a Saúde dos Idosos, incluindo o Envelhecimento Ativo e Saudável	Orientação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para estabelecimento de programas destinados a manter a funcionalidade das pessoas idosas, que sejam baseados em uma concepção de direitos e em determinantes sociais e, ao mesmo tempo, apoiem a promoção e a proteção dos direitos humanos e as liberdades fundamentais desse grupo da população (OPAS, 2009).

2012	III Conferência Intergovernamental sobre Envelhecimento na América Latina e no Caribe	Reiteração das diretrizes divulgadas em conferências anteriores e reforço para avanço do envelhecimento; solidariedade e proteção social como caminho para a igualdade, garantido por meio de políticas e de programas que venham certificar a cidadania das pessoas idosas (Silva; Yasbek, 2014).
2015	Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos e Relatório Global sobre o Envelhecimento e a Saúde	Promoção, proteção e reconhecimento do pleno gozo e exercício, em condições de igualdade, de todos os direitos humanos e de liberdades fundamentais do idoso, a fim de contribuir para sua plena inclusão, integração e participação na sociedade (OEA, 2015).
2016	Estratégia Global e Plano de Ação sobre Envelhecimento e Saúde/69ª Assembleia Mundial da Saúde	Orientam organizações internacionais, intergovernamentais e não governamentais para melhorar e apoiar o bem-estar dos idosos e de seus cuidadores, por meio de prestação adequada e equitativa de serviços, promoção do envelhecimento saudável e combate à discriminação por idade (OMS, 2016).

Fonte: a própria autora (2020)

Quadro 2 – Marco legal e outros documentos voltados para afirmação de direitos da pessoa idosa em âmbito nacional

ANO	DOCUMENTO/LEGISLAÇÃO	OBJETIVO
1988	Constituição da República Federativa do Brasil	Instituição do Estado Democrático, determina que é dever à família, à sociedade e ao Estado assegurar à pessoa idosa a participação na comunidade, a dignidade, o bem-estar e o direito à vida (Brasil, 1988; Batista; Almeida; Lancman, 2011; Silva; Yasbek, 2014).
1991	Lei Orgânica da Seguridade Social/Lei nº 8.212	Definição acerca do conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar o direito relativo à Saúde, à Previdência e à Assistência Social (Brasil, 1991).
1994/ 1996/ 2019	Política Nacional do Idoso/Lei nº 8.842/ Decreto nº 1.948	Reiteração do dever da família, da sociedade e do Estado em assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para integração e participação efetiva na sociedade e na promoção de sua autonomia, vetando qualquer forma de discriminação contra a pessoa idosa (Brasil, 1994, 1996b, 2019b; Batista; Almeida; Lancman, 2011; Silva; Yasbek, 2014; Reis; Martins; Pinto, 2020).
1994	Criação do Conselho Nacional do Idoso/Lei nº 8.842	Criação e afirmação de que os Conselhos Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais do Idoso constituir-se-ão em órgãos permanentes, paritários e deliberativos, compostos por igual número de organizações representativas da sociedade civil ligadas à área e representantes dos órgãos e entidades públicas para acompanhamento, fiscalização e avaliação da Política Nacional do Idoso (Brasil, 1994; Batista; Almeida; Lancman, 2011).
2001	Normas de funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso/Portaria nº 73 - Ministério da Previdência e Assistência	Estabelecimento de normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, nas modalidades previstas na Política Nacional do Idoso, definindo parcerias,

	Social/Secretaria de Estado da Assistência Social	integração intersetorial e corresponsabilidade do governo, da sociedade e da família (Brasil, 2001).
2003	Estatuto do Idoso/Lei nº 10.741	Regulação dos direitos assegurados às pessoas idosas; assegurar facilidades e oportunidades para preservação das saúdes física e mental e para aperfeiçoamentos moral, espiritual, intelectual e social dos idosos (Brasil, 2003; Batista; Almeida; Lancman, 2011; Silva; Yasbek, 2014).
2002/ 2004/ 2019	Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa/Decreto nº 9.893/2019	Seguimento ao Conselho Nacional do Idoso de 1991, define que o CNDPI é órgão permanente, paritário e de caráter deliberativo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, com a finalidade de colaborar nas questões relativas à Política Nacional do Idoso (Brasil, 2019a).
2018	Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa	Regulamentada pelo Decreto nº 9.328, incentiva as comunidades e as cidades a promoverem ações destinadas ao envelhecimento ativo, saudável, sustentável e cidadão da população, principalmente das pessoas mais vulneráveis (Brasil, 2018e; Reis; Martins; Pinto, 2020).
2019	Atos normativos - pessoa idosa/Decreto nº 9.921	Eliminar do ordenamento jurídico brasileiro normas de conteúdo idêntico ou divergente referente ao tema “pessoa idosa”. Reforça o direito ao envelhecimento ativo e saudável (Brasil, 2019b).

Fonte: a própria autora (2020)

Quadro 3 – Marco legal e outros documentos voltados para afirmação de direitos da pessoa idosa em âmbito nacional, no setor da Saúde

ANO	DOCUMENTO/LEGISLAÇÃO	OBJETIVO
1990	Lei Orgânica de Saúde/Lei nº 8.080	Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e para organização e funcionamento dos serviços; cria o Sistema Único de Saúde (SUS); assegura o direito universal e integral à saúde (Brasil, 1990; Silva; Yasbek, 2014).
1991/ 1993/ 1996	Norma Operacional Básica (NOB) do SUS	Promoção e consolidação ao pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (Brasil, 1996a).
1999	Política de Saúde do Idoso/Portaria nº 1395/GM	Orientação sobre a promoção do envelhecimento saudável e a melhoria e/ou a manutenção ao máximo da capacidade funcional, a fim de garantir aos idosos permanência no meio em que vivem de forma independente (Brasil, 1999; Batista; Almeida; Lancman, 2011).
2002	Publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS)	Definição acerca da regionalização e da assistência à saúde (Brasil, 2002).

2006/ 2014/ 2017	Política Nacional de Promoção da Saúde/Portaria nº 687	Estabelecimento das bases de atuação a todos os agentes públicos da área da Saúde para ações e serviços associados à promoção da saúde no país; ratifica o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e a qualificação de ações e da gestão do SUS. Caracteriza-se pela articulação e pela cooperação intra e intersectorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2018d).
2006/ 2017	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa/Portaria nº 2.528	Orientação sobre manutenção, recuperação e promoção da autonomia e da independência dos indivíduos idosos (Brasil, 2006c, 2018c; Batista; Almeida; Lancman, 2011; Veras; Oliveira, 2018).
2006	Pacto pela Saúde/Portaria nº 399	Aprovação das diretrizes operacionais acerca da consolidação do SUS, com três componentes: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. A saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo (Brasil, 2006b).
2011	Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)	Visa preparar o Brasil para enfrentar, prevenir e controlar as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), promovendo desenvolvimento e implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências (Brasil, 2011c).
2012	Cuidados prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde/Portaria nº 2809	Estabelecimento da organização dos Cuidados Prolongados no SUS (Brasil, 2012c).
2017	Redes do Sistema Único de Saúde/Portaria de Consolidação nº 3	Determinação das diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (Brasil, 2017b).

Fonte: a própria autora (2020)

Quadro 4 – Marco legal e outros documentos voltados para afirmação de direitos da pessoa idosa em âmbito nacional, no setor da Assistência Social

ANO	DOCUMENTO/LEGISLAÇÃO	OBJETIVO
1993	Lei Orgânica da Assistência Social/Lei nº 8.742	Disposição sobre a política de Assistência Social; cria o Sistema Único da Assistência Social (SUAS); reconhece a pessoa idosa como um dos seus segmentos de atenção prioritária. Entre os objetivos, determina a garantia de um benefício mensal de um salário-mínimo, Benefício de Prestação Continuada (BPC), ao idoso que não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família (Brasil, 1993; Silva; Yasbek, 2014).
1993	Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS)	Instituído pela Lei nº 8.742/1993, tem como objetivos aprovar a Política Nacional de Assistência Social, normatizar a prestação de serviços assistenciais, entre outros (Brasil, 1993).
2004	Política Nacional de Assistência Social (PNAS)	Orientação, dentre as diretrizes, acerca da Proteção Social Básica e da Proteção Social Especial, destinadas aos segmentos sociais prioritários, entre os quais estão os idosos (Brasil, 2004; Silva; Yasbek, 2014).

2005/ 2012	Norma Operacional Básica (NOB/SUAS)	Disciplina a gestão pública da Política de Assistência em todo o território brasileiro, exercida de forma sistêmica pelos entes federativos, em consonância com a Constituição Federal e com LOAS (Brasil, 2012e).
2006	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social (NOB-RH/SUAS)	Orientação a gestores das três esferas de governo, a trabalhadores e a representantes das entidades de Assistência Social acerca do SUAS (Ferreira, 2011).
2009/ 2014	Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais/Resolução nº 109/2009; Resolução nº 13/2014	Padronização, em todo o território nacional, dos serviços de Proteção Social Básica e Especial, estabelecendo seus conteúdos essenciais: público a ser atendido, propósito de cada um deles e os resultados esperados para a garantia dos direitos socioassistenciais (Brasil, 2014c).
2011	Lei nº 12.435 (alteração da Lei nº 8.742/1993) - SUAS	Afirmação de que a velhice continua a compor um dos públicos prioritários para ações do SUAS (Brasil, 2011a).

Fonte: a própria autora (2020)

Quadro 5 – Marco legal e outros documentos voltados para afirmação de direitos da pessoa idosa em âmbito municipal (São Paulo)

ANO	DOCUMENTO/LEGISLAÇÃO	OBJETIVO
2004	Política Municipal do Idoso/Lei nº 13.834/2004	Geração de condições para a proteção e a promoção da autonomia, da integração e da participação efetiva do idoso na sociedade (São Paulo, 2004).
2012	Programa São Paulo Amigo do Idoso	Desenvolvimento de territórios amigáveis a todas as idades, otimizando oportunidades de participação, saúde, educação e segurança, com vistas à qualidade de vida das pessoas no processo de envelhecimento (São Paulo, 2019c).
2016	Documento Norteador do Programa Acompanhante de Idosos (PAI)	Instrumentalização e subsídio a gestores, gerentes e profissionais que trabalham no programa e com o programa, oferecendo ferramentas que possam potencializar o trabalho desenvolvido e seus resultados, bem como diretrizes para organização e funcionamento do serviço (São Paulo, 2016a).
2016	Documento Norteador da Unidade de Referência à Saúde do Idoso (URSI)	Subsídio à discussão sobre a organização do cuidado ofertado à pessoa idosa no âmbito da URSI, propondo estratégias para fortalecer articulações e qualificar o cuidado com a população idosa encaminhada para esse serviço (São Paulo, 2016b).
2017	Programa de Metas da cidade de São Paulo	Apresentação de metas a serem seguidas pela prefeitura no período de 2017 a 2020, contando com os objetivos estratégicos: cuidar da cidade, proteger as pessoas e inovar na gestão (São Paulo, 2017e).
2018	Portaria Intersecretarial nº 1 - Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS)/ Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	Disposição sobre a atuação conjunta, sob gestão municipal, entre SMADS e SMS em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), Centros de Acolhida Especiais para Idosos em situação de Rua (CAEI) e Centros Dia para Idosos (São Paulo, 2018).

Fonte: a própria autora (2020)

2 O CUIDADO E A GESTÃO DE PLANOS DE CUIDADOS A IDOSOS

Nesta seção, realiza-se reflexão inicial sobre “cuidado” e “integralidade”, conceitos basilares para a discussão posterior sobre o cuidado e os planos de cuidados a idosos.

2.1 CUIDADO E INTEGRALIDADE

Cada vez mais, tem se recorrido ao cuidado como categoria capaz de inspirar um novo acordo entre as pessoas. O cuidado faz parte da constituição do ser humano, de tudo o que o ser humano empreende, projeta e faz (Boff, 2005). O “cuidado subministra preliminarmente o solo em que toda interpretação do ser humano se move”, ou seja, o cuidado é fundamentado para qualquer interpretação que se dá do ser humano (Heidegger⁷, 1989 apud Boff, 2005).

A palavra “cuidado” deriva do latim, “cura”, e significa atitude de desvelo, de preocupação e de inquietação com um objeto ou com uma pessoa. Também deriva de “*cogitare-cogitatus*”, isto é, cogitar e pensar no outro, colocar atenção em alguém, mostrar interesse, revelar uma atitude de preocupação com o outro. O cuidado implica um “modo de ser” mediante o qual a pessoa sai de si e se centra no outro, com desvelo e solicitude (Boff, 2005).

Ayres (2004) analisa o cuidado como direção possível para revisão do modo de pensar e para reconstrução das práticas em Saúde, de tal modo que fundamentos e discursos, como promoção da saúde, saúde da família, redução da vulnerabilidade, entre outros, sejam efetivados na prática:

[...] um ativo movimento de profissionais e serviços de saúde no sentido de se voltarem ativamente à presença do outro no espaço assistencial, a otimização e diversificação das formas e qualidade da interação eu-outro nesses espaços e o enriquecimento dos horizontes de saberes e fazeres em saúde numa perspectiva decididamente interdisciplinar e intersetorial (Ayres, 2004, p. 73).

Ayres (2001) nos lembra, ainda, que é necessário, quando cuidamos, saber qual é o projeto de felicidade, qual a concepção de vida bem-sucedida que orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência. Cuidar, segundo o autor, é participar da construção, sempre socialmente compartilhada, dos projetos de felicidade que não cessam de nascer dos nossos encontros no mundo.

⁷ Heidegger M. Ser e tempo, parte I. Trad. Márcia de Sá Cavalcante. Petrópolis: Editora Vozes, 1989, p. 243-300 [todo o sexto capítulo, dedicado a cura-cuidado, § 39-44].

Oferecer um cuidado com qualidade não ocorre com naturalidade, sendo necessário combinar com ele a intenção de concretizar um modelo de atenção voltado às necessidades dos usuários, considerar seus riscos, discriminar recursos e pactuar sua oferta entre todos os responsáveis por ela (Grabois, 2009). Cuidado pode ser definido como:

[...] expressão de direitos, de responsabilização pelo outro, como expressão de diferentes combinações de tecnologias efetivas e adequadas a cada situação e como expressão de um trabalho de equipe, solidário e articulado (Grabois, 2009, p. 159).

Cuidado ou “*care*”, então, é cuidar do outro, preocupar-se, estar atento às suas necessidades; relaciona-se tanto à atitude quanto à ação ou à disposição moral (Hirata; Guimarães, 2012). Para alguns autores, cuidado é sempre uma dualidade entre uma pessoa com mais poder, que oferece o cuidado, e outra que o recebe (Noddings⁸, 1984 apud Tronto, 2007). Estudiosos definem cuidado de inúmeras formas, mas, para a maioria deles, cuidado é o “trabalho do amor”, não havendo consenso em relação ao significado de cuidado (Tronto, 2007).

Cuidado e integralidade são ideias semelhantes em suas ambições, como se uma palavra reclamasse a outra: a integralidade pressupõe cuidado, assim como o cuidado somente pode ser exercido em sua integralidade. As necessidades do usuário precisam ser entendidas de um modo mais amplo, além da leitura biomédica, ou seja, faz-se necessário compreender as experiências de potência ou limitação para projetos de felicidade. O processo de cuidado, na perspectiva da integralidade, pode auxiliar no sentido de definir objetos e objetivos mais ricos e instrumentos para as ações (Ayres, 2004; Mendes, 2011).

As ações, nesse contexto, podem ser enriquecidas com o enfoque da integralidade. Esta deve ser prevista tanto de modo horizontal — com promoção, proteção e recuperação da saúde — quanto de modo vertical, por meio da integração entre níveis de atenção primária, secundária e terciária, com dinâmicos arranjos entre diferentes tecnologias. Assim, a multiprofissionalidade, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade são decorrências esperadas dos processos de trabalho em Saúde orientados à integralidade (Ayres, 2009).

Nesse aspecto, faz-se preciso reconhecer que a linguagem é ato, é encontro, portanto não haverá reconstrução de expressões de necessidade, redefinições de finalidades e articulação de recursos sem transformações nas interações entre os sujeitos. Não há integralidade sem

⁸ Noddings N. *Caring: a feminine approach to Ethics and Moral Education*. Berkeley: University of California Press, 1984.

diálogo entre os sujeitos implicados nas práticas de Saúde: profissionais e usuários; e profissionais entre si (Ayres, 2009).

A integralidade, mais que uma diretriz do SUS, é entendida a partir do contexto de cuidado de pessoas, grupos e coletividade, em que o usuário é percebido como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. O cuidado integral requer prestação de assistência holística ao usuário, trabalho e diálogo em equipe, bem como serviços articulados e integrados (Mattos, 2004; Machado et al., 2007).

No presente contexto societal de rápido envelhecimento populacional, a atenção integrada se torna parte central de políticas a fim de aumentar a sustentabilidade e a acessibilidade de seus sistemas (Valentijn, 2015).

Valentijn et al. (2013) e Valentijn (2015) propõem a teoria “*Rainbow of Chaos*”⁹, ou Arco-íris do Caos, conforme Figura 1, ao afirmarem a importância de promover a integração entre os níveis: micro-clínico, que deve ser baseado no cuidado focado na pessoa; mesoprofissional ou organizacional, que abrange serviços e profissionais; e nível macro ou de sistema, relacionado às estruturas e aos processos para atendimento das necessidades de pessoas e populações em um *continuum* de cuidados.

Figura 1 – Arco-íris do Caos: cuidado integrado baseado em valores (tradução nossa)

Fonte: Valentijn (2015, p. 160)

⁹ Valentijn se baseia na obra *Rainbow of Chaos*, do pintor impressionista francês Paul Cézanne, conhecido pelo incentivo à reflexão acerca do equilíbrio entre ordem e caos (Valentijn, 2015).

Na perspectiva teórica proposta por Valentijn (2015), o desenvolvimento do cuidado integrado é uma estratégia complexa que envolve esforços de integração múltipla entre os níveis. Esses esforços não são previsíveis nem lineares, mas também não são caóticos, ou seja, esse processo pode ser desenvolvido em contextos e locais diferentes, em que deverá haver flexibilidade e singularidade em sua modulação.

O autor coloca que, para se agregar maior valor global entre os níveis, é necessária a integração funcional e normativa. A saber, a primeira oferece suporte à incorporação clínica, profissional/organizacional e de sistema, por meio de mecanismos de financiamento, informação, gestão, planejamento estratégico, melhoria da qualidade; envolve compartilhamento político e parceria entre diferentes atores. Já a integração normativa visa garantir a coerência entre os valores, a missão e a cultura dos atores, métodos das organizações e dos serviços. O foco nas pessoas e nos cuidados com base populacional deve orientar o processo. Para uma abordagem integrada dos níveis, a liderança desempenha papel fundamental (Valentijn, 2015).

Relacionados à proposta teórica de Valentijn (2015), Ferraro e George (2016) mencionam estudos de Bronfenbrenner (1979)¹⁰, por meio dos quais afirmam que os indivíduos são influenciados em seu curso de vida por estruturas previstas em níveis que interagem de modo recíproco e complexo. No nível estrutural micro, os indivíduos são influenciados por questões proximais a eles, como genética, escolaridade, trabalho, entre outras; no nível estrutural meso, os indivíduos são afetados pelas relações em sociedade; e no nível macro, por valores ideológicos, culturais e por normas institucionais.

Já Moraes (2012) considera que a “microgestão da clínica” está ligada à integralidade do cuidado e tem como objetivo a definição de demandas biopsicossociais da pessoa idosa e engloba as intervenções preventivas, curativas, paliativas e reabilitadoras, de modo a manter ou recuperar a saúde. Para o autor, a “macrogestão da clínica” designa-se como processo de coordenação e continuidade do cuidado desenvolvido pelos serviços prestados pela atenção primária, secundária e terciária, de forma integrada.

Discutir “cuidado” requer, ainda, abordar o conceito de “autocuidado”, que é considerado, na perspectiva da promoção da saúde, estratégia fundamental para promover capacidade funcional das pessoas idosas, a ser incluída na assistência prestada pelos profissionais, de modo que o usuário possa exercer controle sobre sua saúde e seus ambientes (Litvoc; Dernyl, 2002). Nesse sentido, o autocuidado abrange administração de dificuldades e

¹⁰ Bronfenbrenner U. The ecology of human development: experiments by nature and design. Cambridge (MA): Harvard University Press, 1979.

do cotidiano pelo próprio indivíduo, havendo autonomia para a tomada de decisões e para o empreendimento de ações (Almeida, 1997, 2003).

Na vigência do envelhecimento populacional, propõe-se, ademais, abordar o conceito de “trabalho de cuidado” ou “*care work*”, considerado uma atividade profissional em eminente expansão, em escala internacional, devido a múltiplas causas, dentre elas o rápido envelhecimento das populações, que requer do Estado, da sociedade e das famílias soluções para o cuidado dos idosos dependentes (Hirata; Guimarães, 2012).

2.2 GESTÃO DO CUIDADO AO IDOSO E PLANOS DE CUIDADOS A IDOSOS

Nesta seção, objetiva-se refletir sobre o conceito de “gestão” relacionado ao cuidado às pessoas idosas. Posteriormente, esse tema será tratado, especialmente, à luz dos setores e das políticas de Saúde e Assistência Social.

2.2.1 *Gestão de cuidado à pessoa idosa*

Fazer gestão é enfrentar desafios e resolver problemas de modo a provocar mudanças na sociedade, em busca de um futuro melhor em todos os campos da vida; significa organizar o trabalho de modo a reunir informações, recursos físicos, profissionais, tecnologias; trata-se de ter foco em resultados de acordo com metas preestabelecidas. A gestão, de um modo geral, possui um ciclo contínuo que envolve planejar, executar, avaliar e atuar corretivamente, ou PDCA, que significa: *Plan* (planejar), *Do* (fazer), *Check* (checar/avaliar) e *Act* (atuar), ferramenta bastante conhecida na gestão da qualidade (Barbosa; Carvalho, 2012).

A gestão objetiva promover melhoria contínua de organizações e serviços e, desse modo, angariar patamares cada vez mais satisfatórios em termos de desempenho; envolve, então, melhoria de produtos e serviços, melhoria de processos e competências das pessoas que estão inseridas nele, redução de erros e desperdícios, aumento da eficiência do uso dos recursos (Neto; Tavares; Hoffmann, 2008).

Na área da Saúde, de acordo com Barbosa e Carvalho (2012), os gestores administram processos em busca de menos doenças, incapacidades, mortes e de mais qualidade de vida e aumento da longevidade. Fazer gestão em Saúde também é avaliar os resultados do que foi planejado, se houve controle do agravo ou resolução daquilo que foi nomeado como problema ou desafio. Esse procedimento mostra se os caminhos escolhidos foram efetivos ou não e produz novas informações para um novo plano.

Com a demanda crescente por serviços de Saúde por parte da população e pela obrigatoriedade, por parte do Estado, de atender as diretrizes do SUS, como a equidade, faz-se necessária, mais que nunca, a efetividade da gestão (Zucchi; Nero; Malik, 2000).

Frente às transições demográfica e epidemiológica, a assistência prestada à população idosa pelos órgãos públicos é orientada pela Constituição Federal de 1988 e pelo Estatuto do Idoso, para o fomento da sua cidadania. A Política Nacional do Idoso de 1994, estabelecida pela Lei nº 8.842, criou normas para os direitos sociais dos idosos ao garantir autonomia, integração e participação efetiva, e ao criar condições para promoção da longevidade com qualidade de vida. Dessa forma, cabe às entidades públicas a criação de locais e maneiras para atendimentos aos idosos, como centros de convivência, casas-lares, atendimentos domiciliares, oficinas de trabalho, incentivo às universidades abertas para a terceira idade e outras ações (Brasil, 1994; Braga et al., 2016; Reis; Martins; Pinto, 2020).

Em 2018, o governo federal brasileiro criou a Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa, por meio do Decreto nº 9.328. Essa legislação tem como escopo incentivar as comunidades e as cidades a promoverem ações destinadas ao envelhecimento ativo, saudável, sustentável e cidadão da população, principalmente dos idosos mais vulneráveis (Brasil, 2018a; Reis; Martins; Pinto, 2020). A Estratégia pode ser considerada como parte da implementação da Política Nacional do Idoso.

No mais, a Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa elenca como diretrizes o protagonismo da pessoa idosa; o fortalecimento dos serviços destinados aos idosos no âmbito das políticas de Assistência Social, Saúde, Desenvolvimento Urbano, Direitos Humanos, Educação e Comunicação; a intersetorialidade e a interinstitucionalidade, mediante a atuação conjunta de entidades, órgãos públicos e privados e organismos internacionais (Brasil, 2018a).

O estado de São Paulo e sua capital, São Paulo, notadamente, instituíram, por meio do Decreto nº 58.047, de 15 de maio de 2012, portanto antes do governo federal propor a Estratégia mencionada anteriormente, o Programa São Paulo Amigo do Idoso e o Selo Amigo do Idoso, ambas ações com objetivo de estimular os municípios, as entidades públicas e a sociedade civil a implantarem ações para valorização da pessoa idosa (São Paulo - Estado, 2012; São Paulo (Município), 2019c).

Especificamente em relação às Políticas Nacionais de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006c, 2017a) e de Assistência Social (Brasil, 2005), a pessoa idosa, principalmente aquela em situação de maior vulnerabilidade e fragilidade, é foco de atenção das ações.

Na perspectiva de superação da fragmentação do cuidado, o SUS vem implementando as chamadas Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2010a). As RAS configuram-se como

estratégia para responder aos problemas vivenciados na gestão do sistema, com intuito de superar a descontinuidade da atenção à saúde:

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica (Brasil, 2010a).

A RAS caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, com centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), por conta da centralidade assumida por esse nível, de atenção às necessidades em saúde de uma população, e por sua responsabilização pela atenção contínua e integral. A Atenção Primária à Saúde, constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), é responsável prioritária, já que é porta de entrada do usuário no sistema, além de integrar e coordenar o cuidado continuado (Brasil, 2010a).

Segundo Peduzzi e Agreli (2018), um fator importante para a melhoria do acesso universal e da atenção à saúde, bem como para o fortalecimento da RAS, é o trabalho interprofissional. Este envolve o trabalho em equipe, a colaboração interprofissional, a prática colaborativa interprofissional e o trabalho em rede, que vão depender das necessidades de usuários, famílias e comunidades, ou seja, do contexto, bem como dos profissionais e serviços.

Cabe salientar que as Redes de Atenção à Saúde são mencionadas na Política Nacional de Promoção à Saúde (Brasil, 2018c) e na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2017a). Esses documentos reforçam o conceito ampliado de Saúde e a necessidade de promover saúde por meio de um conjunto articulado de ações e serviços e de cooperação intra e intersetorial, especialmente com as demais redes de proteção social. Desse modo, as RAS têm sido propostas para lidar com projetos e processos complexos de gestão e atenção à saúde, especialmente no campo do envelhecimento.

Há evidências na literatura internacional de que as Redes de Atenção à Saúde podem melhorar a qualidade dos serviços, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde (Mendes, 2010).

As RAS (Figura 2) são atreladas às denominadas “linhas de cuidados”, que são formas de articulação de recursos e de práticas em Saúde, orientadas por diretrizes clínicas entre os pontos de atenção e os profissionais de uma dada região de saúde, de forma horizontal, para a condução oportuna, coordenada, ágil e singular dos usuários (Mendes, 2011; Brasil, 2018c). A

concepção anterior do sistema de Saúde, em hierarquia, foi, então, substituída pela ideia de poliarquia, com pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas, não havendo ordem de importância entre eles, ou seja, são pontos igualmente importantes (Mendes, 2011).

Figura 2 – Mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde

Fonte: Mendes (2011, p. 84)

Para Veras, Caldas e Cordeiro (2013), as linhas de cuidado ainda devem contar com sistema de informação desenhado e fluxo de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos.

A linha de cuidado ao idoso tende a ser um processo que evolui em direção à maior complexidade. Apesar das raras exceções, as etapas evolutivas não podem ser absolutamente fixas, pois existe a possibilidade de reversão de incapacidades e de retorno a um patamar de menor complexidade, dependendo da situação (Veras; Caldas; Cordeiro, 2013; Veras; Oliveira, 2018). Assim, Veras (2016) e Veras e Oliveira (2018) propõem um modelo brasileiro de cuidado integrado ao idoso (Figura 3), baseado em experiências nacionais e internacionais.

O pressuposto básico do modelo é que o risco para a fragilidade é o que vai determinar o grau de atenção de que o idoso necessita. Assim, a melhor estratégia para um adequado cuidado do idoso é utilizar a lógica de permanente acompanhamento da sua saúde, ou seja, tê-lo sempre sob observação, variando apenas os níveis, a intensidade e o cenário da intervenção (Veras, 2016; Veras; Oliveira, 2018).

Figura 3 – Modelo brasileiro de cuidado integrado ao idoso (Rio de Janeiro - RJ, 2016 e 2018)

Fonte: Veras (2016); Veras; Oliveira (2018)

Nesse modelo, a porta de entrada é o Acolhimento, considerado dispositivo facilitador para que o idoso e sua família se sintam protegidos e amparados; é quando lhes são informados os percursos e todas as possibilidades assistenciais, estimulando o desenvolvimento da confiança e da fidelização (Veras, 2016).

As intervenções de gestão da clínica englobam a gestão de condição crônica e a gestão de caso, para indivíduos portadores de condições crônicas de saúde altamente complexas. Essa compreensão ampliada de intervenção deriva do Modelo de Atenção Crônica (MAC), o qual foi proposto como resposta a grandes desafios colocados pela emergência das condições crônicas nos Estados Unidos (Wagner, 2002; Mendes, 2011) e pela demanda crescente de idosos (Mendes, 2011).

As ações incorporadas ao MAC são diversas e compreendem, em linhas gerais, mecanismos de identificação e avaliação de usuários, além de atenção orientada pelos

princípios de integralidade, longitudinalidade, coordenação na atenção pela APS, educação em saúde de usuários e educação permanente de profissionais.

De modo detalhado, os elementos que compõem o MAC são: diretrizes clínicas baseadas em evidência; sistema de identificação das pessoas usuárias; estratificação da população em subpopulações, por riscos; registro das pessoas usuárias por condição de saúde, por riscos; prontuários eletrônicos; sistema de lembretes, alertas e *feedbacks* como funcionalidades desses prontuários; sistema de acesso regulado à atenção à saúde; continuidade da atenção (oferta de cuidados primários, secundários e terciários integrados); atenção integral (oferta de cuidados promocionais, preventivos, curativos, cuidadores, reabilitadores e paliativos); plano de cuidado individual; autocuidado apoiado; uso de ferramentas de gestão da clínica (gestão das condições de saúde e gestão de caso); coordenação da RAS pela APS; educação permanente dos profissionais de Saúde; educação em saúde das pessoas usuárias; presença de profissional de saúde comunitária; articulação do sistema de atenção à saúde com os recursos comunitários (Mendes, 2011).

Com base nos elementos do MAC, no modelo de determinação social da Saúde, nas relações que se estabelecem entre as equipes de Saúde e as pessoas usuárias dos serviços de Saúde e em função da singularidade do sistema público brasileiro de atenção à saúde, Mendes (2007b) desenvolveu o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) para ser aplicado no SUS, conforme se observa na Figura 4 a seguir (Mendes, 2007, 2011).

Figura 4 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)

Fonte: Mendes (2007, 2011)

Especificamente para subsidiar a gestão da clínica, utiliza-se a análise da situação de saúde com o objetivo de identificar e estratificar os riscos, de modo a priorizar a dispensação de cuidados de saúde preventivos, promocionais ou assistenciais (Mendes, 2007, 2011).

Semelhante ao SUS, o Sistema Único da Assistência Social (SUAS) pauta sua atuação no trabalho em redes e na gestão descentralizada e participativa. A atuação se faz a partir de duas categorias de atenção, a depender da natureza e da complexidade do atendimento: a Proteção Social Básica e a Proteção Social Especial. Os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) desenvolvem atividades com a família e com o indivíduo no âmbito da Proteção Básica, já os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) desenvolvem ações pertinentes à Proteção Especial (Brasil, 1993, 2005; Berzins; Giacomini; Camarano, 2016).

Na Proteção Social Básica, o serviço considerado basilar é o de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF). De caráter contínuo, ele objetiva fortalecer a função protetiva da família e prevenir a ruptura de seus vínculos, fortalecendo-os, bem como, com a comunidade, visa promover o acesso a direitos e o desenvolvimento de potencialidades. Dessa forma, serviços como Convivência e Fortalecimento de Vínculos e Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas devem ser referenciados e articulados pelo PAIF e pelo CRAS do território (Brasil, 2005, 2014b; Berzins; Giacomini; Camarano, 2016).

Já a Proteção Social Especial é composta pelos serviços de média e alta complexidade, objetivando atender os usuários em situação de violação de direitos, referenciados do CRAS ao CREAS. Os casos passam a ser acompanhados pelo serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI). Este se configura como serviço de apoio, orientação e acompanhamento a famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça ou violação de direitos, com risco pessoal e social ou com rompimento de vínculos. Ademais, esse serviço compreende atendimentos e ações direcionados para promoção de direitos, para preservação, fortalecimento e restauração de vínculos familiares, comunitários e sociais. O serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias e o Serviço de Acolhimento Institucional são exemplos de ações que compõem a Proteção Especial, referenciados pelo CREAS (Brasil, 2005, 2014b; Berzins; Giacomini; Camarano, 2016).

Em consonância, Restrepo e Anzola Perez (1994) afirmam que princípios para a promoção da saúde dos idosos incluem fortalecimento da capacidade funcional mediante capacitação, estímulos e prevenção de agravos à saúde, busca do bom funcionamento físico, mental e social e reconhecimento das determinações sociais que se relacionam aos problemas

de saúde dos idosos. Assim, ganham relevância as ações conjuntas dos setores de Saúde e de Assistência Social. Além disso, nesse âmbito, Freitas e Moraes (2008) colocam que a atenção integral à pessoa idosa requer estruturação da Rede de Atenção à Saúde atrelada à Rede de Proteção Social, conforme Figura 5:

Figura 5 – Estrutura de uma rede assistencial à pessoa idosa

Fonte: Freitas e Moraes (2008, p. 302)

2.2.2 Avaliação da pessoa idosa

A avaliação da pessoa idosa constitui-se componente fundamental para a elaboração do plano e para a gestão do cuidado a essa população, ao contribuir para o planejamento do cuidado e para a avaliação da sua efetividade. Nessa direção, compreende-se que, por meio da avaliação, os idosos podem ser identificados e classificados quanto ao risco para desenvolvimento ou agravamento de doenças, de incapacidades e à necessidade de assistência e institucionalização.

A literatura disponibiliza diversos instrumentos para identificação e estratificação de riscos em pessoas idosas, na área da Saúde, alguns permitem avaliar o indivíduo idoso de forma ampliada; outros, de forma específica.

Considerando a avaliação de forma ampliada, tem-se a *avaliação gerontológica abrangente e multidimensional*, a qual possibilita avaliar desempenhos físico, psíquico

(cognitivo e afetivo) e social da pessoa idosa. Pode ser definida como um processo diagnóstico multidimensional e frequentemente interdisciplinar. Seus resultados amparam desenvolvimento de plano amplo de tratamento e acompanhamento a longo prazo (Papaléo Netto, 2013).

Gorzoni et al. (2013) avaliam os mesmos aspectos, mas denominam seu instrumento *Avaliação Geriátrica Ampla* (AGA). Este permite tecer um mapa com problemas do idoso, detectar problemáticas ocultas, tomar decisões e traçar um plano terapêutico.

Avaliações multidimensionais permitem identificar condições funcionais do paciente, associadas ou não às comorbidades, amparam desenvolvimento de plano de tratamento das doenças diagnosticadas, evitam seu agravamento e retardam o aparecimento de limitações funcionais. Quando em vigência, elas devem indicar inserção dos pacientes em programas de reabilitação, visando à melhora do quadro funcional (Freitas; Miranda, 2013).

A *avaliação global do idoso* considera, assim como os instrumentos anteriores, os aspectos biofuncionais, psicológicos e sociais, incluindo os aspectos ambientais, a autonomia e a independência (Brasil, 2006a; Duarte; Diogo, 2013).

Essas avaliações são realizadas por uma equipe interdisciplinar que envolve médico, enfermeiro, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, entre outros profissionais (Moraes, 2012). Elas podem apresentar distinções, dependendo da equipe que as aplica e do local onde são feitas, como uma Unidade Básica de Saúde, uma Instituição de Longa Permanência, um ambulatório, um pronto-socorro ou um hospital. Contudo, possuem características constantes, como a questão de avaliar as várias dimensões da vida do idoso e utilizar testes e escalas (Costa; Galera, 2013).

Na cidade de São Paulo, no SUS, é utilizada a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI/AB) pelas UBS, a fim de categorizar a população idosa em idosos independentes, pré-frágeis e frágeis, de organizar o atendimento na rede e a elaboração de planos de cuidados. Incluem-se, nessa avaliação, Questionário Inicial, Testes de Rastreamento e Formulário de Dados Sociais. Então, são avaliados 17 parâmetros: idade, autoavaliação de saúde, arranjo familiar, doenças crônicas, medicamentos, internações, quedas, visão, audição, limitações físicas, cognição, humor, Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), incontinência, perda de peso não intencional e condições bucais (São Paulo, 2016b; Andrade et al., 2020).

Nas Unidades de Referência à Saúde do Idoso (URSI), é utilizada a Avaliação Gerontológica Global (AGG), a qual avalia aspectos funcionais, observando-se quatro funções básicas: biomédica, física, mental e social e, a depender da discussão em equipe, são realizadas

as Avaliações Gerontológicas Específicas (AGE), que abrangem um conjunto de instrumentos desenvolvidos para uso de equipe interprofissional, como com geriatra, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo (São Paulo, 2016b).

A avaliação de usuários na Assistência Social leva em consideração as suas circunstâncias de vida e cotidiano, as relações sociais familiares e comunitárias, as condições e necessidades materiais, o acesso a benefícios, a programas, a serviços socioassistenciais, bem como aos demais serviços setoriais (Brasil, 2014c).

2.2.3 Planos de cuidados nas áreas de Saúde e Assistência Social

A gestão de cuidado envolve, basicamente, elaboração de plano, sua execução, sua avaliação e correção do caminho percorrido, quando necessário. A complexidade do processo de envelhecimento, especialmente quando cursa com fragilidades, implica a elaboração e a concretização de planos que reflitam a multidimensionalidade desse processo. Em sintonia com essa realidade, ambos os setores (Saúde e Assistência Social) possuem modelos ou diretrizes sobre planos de cuidados à pessoa idosa.

2.2.3.1 Planos de Cuidados na Saúde

“Plano de cuidado” é definido por Moraes (2012) como a estratégia utilizada para a organização do cuidado, em que se definem quais são: os problemas de saúde do paciente (o quê?); as intervenções mais apropriadas para a melhoria da sua saúde (como?); as justificativas para as mudanças (por quê?); os profissionais (quem?); e os equipamentos de saúde necessários (onde?).

O plano de cuidado definido por Moraes (2012) assemelha-se em sua definição à proposta do Projeto Terapêutico Singular (PTS) feita pelo Ministério da Saúde. Trata-se de um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, produto de discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e dedicado, geralmente, a situações mais complexas (Brasil, 2009). O PTS é composto por: diagnóstico (orgânico, psicológico e social), definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação das metas (Brasil, 2007, Batista, 2013; São Paulo, 2016b).

Concomitantemente, o Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2009) e do Caderno de Atenção Básica “Envelhecimento e Saúde da

Pessoa Idosa” (Brasil, 2006a), tem difundido, desde 2003, diretrizes para o cuidado integrado, colocando o PTS como estratégico para essa finalidade.

Em 2006, o Ministério da Saúde lançou documento técnico que explana que o plano de cuidados compõe o Projeto Terapêutico Singular no processo de gerenciamento do cuidado à pessoa idosa, em suas etapas: planejamento do cuidado, coordenação e implementação de soluções e monitoramento e avaliação do plano de cuidados. Esse processo exige conhecimentos técnico-assistencial, administrativo e de técnicas de resolução de problemas (Brasil, 2006a).

O gerenciamento do PTS pode ficar a cargo de um dos profissionais da equipe, de preferência daquele que desenvolveu o melhor vínculo com o usuário, fazendo o papel de “maestro” das atividades referentes ao projeto (Brasil, 2006a).

Mendes (2012) coloca que o plano de cuidado é elaborado de forma conjunta entre equipe e pessoa usuária e conta com metas a serem executadas em tempo preestabelecido. Esse processo exige mudança profunda nas relações entre os profissionais e as pessoas usuárias, por meio da gestão colaborativa e centrada na pessoa e na família; quando não há mais prescritores de um lado e receptores passivos de outro,

[...] equipe de saúde e pessoa usuária atuam cooperativa e proativamente na elaboração, monitoramento e avaliação do plano de cuidado, ao longo do tempo. O centro da relação entre a equipe da ESF e a pessoa usuária, na atenção às condições crônicas, deixa de ser a queixa conduta para ser o plano de cuidado (Mendes, 2012, p. 385).

Assim, além do reconhecimento da importância da integração de esforços dos profissionais para elaboração e gestão dos planos de cuidados, a participação ativa do usuário nesse processo também é valorizada. Nesse contexto, admite-se o autocuidado como estratégia privilegiada para elaboração de um plano de cuidado adequado às necessidades da pessoa idosa, pois dá centralidade ao indivíduo, valoriza o diálogo e a construção conjunta, a partir de uma prioridade estabelecida por meio de uma negociação entre profissionais de saúde e usuário. Ademais, o autocuidado permite compreender as diferentes vulnerabilidades da pessoa, conhecer o modelo explicativo da sua condição e estabelecer um horizonte comum de cuidados entre todos os atores envolvidos no processo (Brasil, 2014a).

As necessidades de cuidado da pessoa em relação à sua condição crônica devem ser compartilhadas entre usuário e profissionais, promovendo cuidado apoiado por equipes interdisciplinares em todos os níveis de complexidade do SUS (Almeida, 2008). No município de São Paulo, após se fazer a AMPI/AB, é orientada a realização do plano de cuidados,

descrevendo as ações propostas pela equipe da UBS no acompanhamento ao idoso. Seu papel é fortalecer o vínculo entre o usuário, a equipe e a família (São Paulo, 2016b).

O Programa Acompanhante de Idosos (PAI), política municipal que objetiva atender idosos em situação de fragilidade e vulnerabilidade social, fomenta planos de cuidados aos usuários, definindo ações que serão desenvolvidas pela equipe de trabalho, o que pode ser alterado conforme necessidade. A avaliação do idoso pelo PAI leva em consideração a AMPI/AB, o plano de cuidados realizado pela UBS, a capacidade funcional, os suportes social e familiar e a autonomia. As informações são avaliadas por uma equipe técnica que considera, também, a disponibilidade da pessoa idosa de receber os profissionais em seu domicílio. Dessa forma, o plano pode ser classificado como: Plano de cuidados simples, em que o idoso recebe visita ou ações de um ou mais profissionais uma vez por semana; Plano de cuidados intermediário, para procedimentos de duas a três vezes por semana; e Plano de cuidados complexo, para quatro ou cinco vezes por semana (Batista, 2013; São Paulo, 2016a).

Na Unidade de Referência à Saúde do Idoso (URSI), assim como no PAI, são considerados a AMPI/AB e o plano realizado pela UBS. O idoso é, ainda, avaliado por outros instrumentos e, depois disso, são fomentados planos de cuidados e Projeto Terapêutico Singular. No documento norteador da URSI, são mencionadas as duas nomenclaturas, porém não fica claro se há diferença entre elas (São Paulo, 2016b). Percebe-se que, na prática, profissionais mencionam ora “planos de cuidados”, ora “Projeto Terapêutico Singular/PTS”. Em atualizações recentes da AMPI/AB, a nomenclatura Projeto Terapêutico Singular foi incorporada aos formulários.

2.2.3.2 Planos de Cuidados na Assistência Social

Em 2009, foi aprovada a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Em sua matriz, o trabalho social essencial dos serviços de atendimento às famílias compõe: a acolhida, a escuta, o estudo social, o diagnóstico socioeconômico, o monitoramento e a avaliação do serviço, a orientação e os encaminhamentos para a rede de serviços locais, a articulação interinstitucional com outras políticas públicas e com o Sistema de Garantia de Direitos (SGD), o desenvolvimento do convívio familiar e comunitário e a construção de Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento (PIA/PAF), com orientação sociofamiliar, entre outras ações (São Paulo - Estado, 2013; Brasil, 2014c).

O Plano Individual de Atendimento (PIA) é uma estratégia de planejamento que, a partir do estudo aprofundado de cada caso e indivíduo, compreende a singularidade dos sujeitos e

organiza as ações e atividades a serem desenvolvidas, que abrangem: avaliação e diagnóstico interdisciplinar, planejamento operativo, desenvolvimento das ações, acompanhamento e verificação do alcance dos objetivos (Brasil, 2014c, 2018e).

O Plano de Atendimento Familiar (PAF), por sua vez, é construído no momento em que o profissional observar, por meio da análise técnica, os riscos e as vulnerabilidades decorrentes de situações expostas pelos membros da família, as quais requeiram intervenções de curto, médio e longo prazo. Compõem esse processo: preenchimento de Ficha de Identificação do Primeiro Atendimento (Acolhida), Identificação e Caracterização Socioeconômica da Família, Diagnóstico Familiar, Análise Técnica, Plano de Metas, Formulário de Acompanhamento e Avaliação (Brasil, 2012d; São Paulo - Estado, 2013).

Outro instrumento utilizado pela Assistência Social é o Plano de Desenvolvimento do Usuário (PDU), composto por instrumento de observação, planejamento e acompanhamento de ações realizadas, em que são identificados os objetivos a serem alcançados, as vulnerabilidades e as potencialidades do usuário. O PDU é elaborado a partir do conhecimento de contextos, consensos, combinados, compromissos e responsabilidades assumidos pelas partes: serviço, usuário(a), cuidador(a), família e também redes de apoio existentes no território. Nele, são analisadas demandas, tanto na rede de Assistência Social como em outros setores (Brasil, 2009, 2017e).

Ainda sobre planos de cuidados na Assistência Social, em documento sobre orientações técnicas do CREAS, é mencionado o “Plano de Atendimento Individual ou Familiar”, o qual tem como objetivo delinear, com os usuários, a construção de novas perspectivas de vida. Esse plano implica a realização de atendimentos continuados, que podem ser realizados em formatos diversos (individual, familiar, grupal e com grupos de famílias), considerando as situações vivenciadas e as singularidades de cada família/indivíduo em acompanhamento, além de considerar ações que oportunizem o fortalecimento da autonomia e o acesso a direitos (Brasil, 2011a).

Embora direcionados para a Proteção Social Básica, esses conceitos são apropriados, também, para a Proteção Social Especial, uma vez que, em ambas as proteções, com especificidades diferenciadas, são realizados acompanhamentos dos indivíduos e das famílias, bem como atendimentos não continuados, tais como orientações e alguns tipos de encaminhamentos (São Paulo - Estado, 2013).

Ao se consultar a literatura e documentos oficiais sobre o cuidado à pessoa idosa nos setores de Saúde e Assistência Social, nota-se que a expressão “planos de cuidados” é mais comum e ampla. Em ambas as áreas, expressões similares são utilizadas, mas sempre com

finalidades aproximadas. Dessa forma, optou-se por empregar “planos de cuidados” ao longo do presente trabalho.

2.2.4. *Transição de cuidados*

Nos EUA, após estudos, verificou-se que idosos são hospitalizados com frequência, evidenciou-se, ademais, que a transição de cuidados era uma questão a ser trabalhada e a criação de um plano de cuidados, com intervenções e cuidados na casa e na comunidade, era necessária. Na década de 1990, foi criado, então, um dos primeiros programas, o *Quality Cost Model of Advanced Practice Nursing Transitional Care*, que incluiu, dentre os públicos mais vulneráveis, os idosos com insuficiência cardíaca. Dentre as ações do programa constavam: reuniões multidisciplinares com planejamento da alta hospitalar, conscientização e educação de familiares e pacientes sobre as doenças e os cuidados necessários, ligações telefônicas e visitas domiciliares aos idosos por parte dos profissionais. A partir disso, constatou-se que as ações diminuíram custos e melhoraram os desfechos em saúde (Kairalla; Berretta, 2016).

Nessa perspectiva, Kairalla e Berretta (2016, p. 1233) afirmam que a “transição de cuidados pode ser definida como planejamento e conjunto de ações estabelecidas na transição do paciente entre dois cenários de assistência à saúde que garantam a continuidade do plano terapêutico”.

Com a transição de cuidados organizada, há melhora na segurança do paciente e cuidado centrado no indivíduo. A saber, foram constatados alguns domínios para a qualidade desse processo, como informações fidedignas, preparação do paciente e capacitação dos usuários para afirmarem objetivos e preferências (Kairalla; Berretta, 2016).

2.3 CUIDADO AO IDOSO NA CIDADE DE SÃO PAULO

Em consonância com as diretrizes norteadoras governamentais, como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2017a), e com a lógica de atenção em rede (Mendes, 2011), a cidade de São Paulo, via Secretaria Municipal de Saúde, propõe, desde 2014, a construção e a qualificação da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (RASPI), bem como de suas ferramentas, com destaque para os planos de cuidados a idosos (São Paulo, 2014). Localmente, a prefeitura propõe ações no território que seguem marcos legais para provisão de cuidados à saúde de pessoas em processo de envelhecimento (Brasil, 2012c, 2014a, 2017a).

Os serviços de saúde do SUS no município devem funcionar e organizar-se como pontos que compõem Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (RASPI), que tem como objetivo geral garantir a promoção e a atenção integral à saúde da pessoa idosa, estabelecendo um sistema integrado entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada, incluindo os serviços da Assistência Social (São Paulo, 2016b).

O eixo principal adotado pela RASPI para sua efetivação é a avaliação multidimensional dos idosos nas UBS, por meio da AMPI/AB. Esse instrumento deve ser aplicado e seus resultados discutidos pelos profissionais. Assim, orienta-se que as condições mais prevalentes e de baixa complexidade sejam atendidas no nível primário — Unidade Básica de Saúde (UBS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF) —; e as patologias, outras condições de maior complexidade e os problemas específicos da população idosa sejam encaminhados para outros pontos da rede (São Paulo, 2016b). Como exemplo desse direcionamento, o idoso pode ser encaminhado para a URSI, a depender de critérios como pontuação na AMPI/AB (11 pontos ou mais), presença de transtornos neuropsíquicos (demência, depressão grave, Parkinson, AVC), três ou mais doenças crônicas com complicações, instabilidade e alteração de marcha e de equilíbrio ou quedas recorrentes (duas ou mais quedas nos últimos doze meses) (São Paulo, 2016b). A AMPI/AB também é instrumento principal para encaminhamento do idoso para o Programa Acompanhante de Idosos (PAI) (São Paulo, 2019b).

Desde 2014, a prefeitura de São Paulo, ao realizar as discussões sobre a Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na cidade, apresentou uma gama ampliada dos pontos que compõem a Rede (Figura 6).

Figura 6 – Pontos da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

Fonte: PMSP-SMS-ATSPI (2014)

São pontos de atenção da RASPI elencados pela prefeitura:

Quadro 6 – Pontos de atenção da RASPI elencados pela prefeitura. PMSP, 2014:

Serviços	Unidade Básica de Saúde sem Estratégia Saúde da Família (UBS) Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família (UBS/ESF); Unidade de Referência à Saúde do Idoso (URSI) Centro de Referência à Saúde do Idoso (CRI) Centro de Reabilitação (CER) Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO) Hospital Dia da Rede Hora Certa (HDRHC) Ambulatório de Especialidades (AE) Centro de Referência DST/AIDS Assistência Médica Ambulatorial (AMA) Ambulatório Médico de Especialidades (AME) Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Pronto-socorro Hospital
Programas e Equipes	Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF) Programa Acompanhante de Idosos (PAI) Programa Melhor em Casa Programa Academia da Saúde
Apoio	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Leito de Cuidados Continuados Integrados ¹¹
Pontos de atenção da Saúde se relacionam com os seguintes serviços do SUAS	Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) Centro Dia do Idoso (CDI) Instituição de Longa Permanência (ILPI) Núcleo de Convivência do Idoso (NCI) entre outros

Fonte: PMSP (2014)

Considerando as diretrizes propostas pela PMSP para atenção aos idosos (São Paulo, 2016b), os planos de cuidados como uma das principais ferramentas para a provisão do cuidado em rede e os distintos saberes e práticas dos profissionais da RASPI, propõe-se identificar e analisar as percepções desses profissionais acerca dos desafios para a gestão de planos de cuidados a idosos e das possibilidades de superação. O objeto de estudo “planos de cuidados a idosos” será analisado levando-se em consideração o contexto de cuidado e atenção ao idoso a partir dos setores e das políticas de Saúde e Assistência Social na região de Cidade Ademar.

¹¹ Os cuidados prolongados podem ser organizados das seguintes formas: Unidade de Internação em Cuidados Prolongados, como serviço dentro de um Hospital Geral ou Especializado (UCP); ou Hospital Especializado em Cuidados Prolongados (HCP) (Brasil, 2012f). Rosa (2019) relata sobre discussões governamentais em relação aos Cuidados Continuados Integrados no Brasil, que caminham para amadurecimento do tema. Em novembro de 2019, em evento internacional ocorrido em Brasília, o tema foi discutido por representantes do Brasil e de outros países, tais quais Portugal, Canadá e África, os quais relataram experiências sobre a temática relacionada a cuidados paliativos e organização em redes.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Com intuito de aprofundar os conhecimentos teórico e empírico sobre a temática central deste estudo, realizou-se revisão de literatura com apoio de bases de dados. Dessa forma, em pesquisa sobre “cuidados”, com destaque para “planos de cuidados aos idosos”, intentou-se compreender o que os autores consideram aspectos importantes relacionados aos temas. A busca foi realizada nas bases LILACS, CINAHL/AgeLine, PubMed, Web of Science e Scopus e referiu-se aos trabalhos completos e disponíveis no período de 2014 a 2019, nos idiomas português, espanhol ou inglês. Foram excluídos trabalhos que não abordassem pessoas idosas, cuidados e planos de cuidados aos idosos e aqueles em duplicata.

A saber, foram elencados para o presente estudo os descritores: “planejamento de cuidado ao paciente”; “integralidade”; “assistência centrada no paciente”; “assistência de longa duração”; “continuidade do cuidado”; “gestão de casos”; “idosos”; e a palavra-chave “plano de cuidados”. Operadores booleanos também foram utilizados para auxiliar na filtragem dos textos: “And” e “Or”.

3.1 RESULTADOS DA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A pesquisa às bases foi realizada em 2019. Foram acessados, no total, 295 artigos. Após avaliação dos títulos, 245 trabalhos foram excluídos por não contemplarem o público idoso e 8, por estarem duplicados. Assim, foram lidos resumos e textos na íntegra de 42 trabalhos. A partir dessa leitura, foram excluídos 28 artigos, pois não tratavam dos temas “cuidados” e “planos de cuidados a idosos”. Desse modo, 14 artigos foram selecionados para esta pesquisa, conforme apresentado na Figura 7.

Figura 7 – Filtragem de trabalhos sobre “cuidados” e “planos de cuidados a idosos” no Brasil e no Mundo, a partir das bases de dados LILACS, CINAHL/AgeLine, PubMed, Web of Science e Scopus (de 2014 a 2019)

Fonte: a própria autora (2019)

Dos 14 artigos selecionados para estudo, 1 estava publicado em língua portuguesa e 13 em língua inglesa. A tradução de termos e expressões foi realizada de maneira independente pela pesquisadora.

O conteúdo dos trabalhos permitiu aproximação com o conhecimento sobre cuidados e planos de cuidados aos idosos de quase todos os continentes do mundo, sendo: América - 5 artigos (2 dos EUA, 1 do Brasil e 2 do Canadá); Europa - 6 artigos (2 da Holanda, 1 da Inglaterra, 1 da Finlândia, 1 da Suíça e 1 da Noruega); Ásia - 3 artigos (1 da China, 1 do Japão e 1 de Singapura); e Oceania - 1 artigo (da Austrália).

Sobre as áreas de estudo, 12 trabalhos são provenientes da área da Saúde (5 da Saúde/geral; 3 da Atenção Básica; 2 da Atenção Hospitalar e 2 da Atenção Especializada: Unidade de Cuidados Subagudos e Instituição de Longa Permanência); 1 é proveniente da Assistência Social; e 1 é interdisciplinar. Embora os trabalhos sejam, em sua maioria, da área da Saúde, indicam diretrizes ou orientações quanto ao cuidado às pessoas idosas a serem adotadas de forma intersetorial.

Quadro 7 – Artigos selecionados para estudo segundo título, autor(es), instituição de origem, tipo e finalidade do estudo

Nº	TÍTULO	AUTOR(ES)/ INSTITUIÇÃO DE ORIGEM DO ESTUDO/ MEIO DE VEICULAÇÃO	PAÍS	PESQUISA TEÓRICA/EMPÍRICA	FINALIDADE DO ESTUDO
1	The Evidence Base for an Ideal Care Pathway for Frail Multimorbid Elderly: Combined Scoping and Systematic Intervention Review	Berntsen et al. (2019) Norwegian Center for E-health Research, University Hospital of North Norway, Journal of Medical Internet Research	Noruega	Teórica Revisão da literatura Análise dedutiva-indutiva	Análise de 10 artigos científicos sobre atendimento centrado na pessoa, integrado e proativo e proposição de modelo de cuidado à pessoa idosa frágil multimórbida.
2	O modelo de cuidado centrado no paciente sob a perspectiva do paciente idoso	Paranhos e Oliveira (2018) Universidade de Brasília Cuadernos Iberoamericanos de Derecho Sanitario	Brasil	Teórica Revisão da literatura Sistematização e análise	Análise e estudo de 34 artigos científicos sobre modelos de cuidados centrados no paciente e proposição de modelo de cuidado para pessoa idosa.
3	Long-Term Care for Older Adults in ASEAN Plus Three: The Roles of Family, Community, and the State in Addressing Unmet Eldercare Need	Yeung et al. (2018) National University of Singapore Journal of Aging and Health	China	Teórica Revisão da literatura e dados demográficos e socioeconômicos	Análise de 7 artigos científicos e de dados demográficos e socioeconômicos de 13 sociedades asiáticas para compreensão das questões que envolvem os cuidados de longa duração (<i>Long Term Care - LTC</i>) para pessoas idosas.
4	Organizing integrated health-care services to meet older people's needs	Carvalho et al. (2017) Department of Ageing and Life Course, World Health Organization Bulletin of the World Health Organization	Suíça	Teórica Análise documental	Descrição sobre documentos e visão da Organização Mundial da Saúde sobre cuidados integrados para pessoas idosas.
5	Establishing an integrated model of subacute care for the frail elderly	Boutette et al. (2018) The Canadian College of Health Leaders Healthcare Management Forum /The Canadian College of Health Leaders	Canadá	Teórica Descrição de programa	Descrição do Programa SAFE - <i>Subacute Care Unit for Frail Elderly</i> / Unidade de Cuidados Subagudos para Idosos Frágeis.
6	Key stakeholders' views on the quality of care and services available to frail seniors in Canada	Giuguere et al. (2018) Department of Family Medicine and Emergency Medicine Laval University BMC Geriatrics	Canadá	Empírica Estudo qualitativo descritivo, entrevistas semiestruturadas com amostra de conveniência Análise temática	Levantamento de opiniões, por meio de entrevistas, de idosos, seus cuidadores, profissionais da Saúde e tomadores de decisão de serviços especializados, como casas de Enfermagem e hospitais, sobre a qualidade do cuidado e dos serviços prestados a idosos frágeis.
7	Practitioners preferences of care coordination for older people: a discrete choice experiment	Jasper et al. (2017) Personal Social Services Research Unit/University of Manchester/UK Journal of Gerontological Social Work	Inglaterra	Empírica Experimento de escolha discreta ¹² Análise temática	Levantamento de opiniões, por meio de questionamentos enviados pelo correio, de profissionais do setor da Assistência Social sobre a coordenação do cuidado a pessoas idosas em serviços de diversas modalidades.

¹² Um experimento ou uma experiência de escolha discreta é um método de identificação de preferências para os diferentes aspectos de uma intervenção ou de um serviço (Jasper et al., 2017).

8	International Survey of Older Adults Finds Shortcomings in Access, Coordination, and Patient-Centered Care	Osborn et al. (2014) International Health Policy and Practice Innovations program at the Commonwealth Fund Health Affairs	EUA	Empírica Entrevistas telefônicas com amostras aleatórias	Levantamento de opiniões, por meio de entrevistas via telefone, de idosos residentes em seus domicílios acerca da coordenação e do cuidado centrado no paciente em serviços de Saúde e Assistência Social, e do acesso a eles.
9	Investigating consumers's and informal carers' view and preferences for consumer directed care: a discrete choice experiment	Kaambwa et al. (2015) Flinders Health Economics Group Flinders University Social Science & Medicine Journals	Austrália	Empírica Experimento de escolha discreta	Análise de opiniões de idosos e de cuidadores informais-familiares acerca de atributos e fatores que envolvem cuidado focado no cliente.
10	The association between implementation and outcome of a complex care program for frail elderly people	Ruikes et al. (2017) Department of Primary and Community Care, Radboud University Medical Centre, Radboud Institute for Health Sciences Family Practice/ Oxford Academic	Holanda	Empírica Avaliação quantitativa do processo Realizada em conjunto Com estudo controlado por <i>cluster</i>	Análise da relação da implantação do programa <i>Care Well</i> e da prevenção de declínio funcional em idosos; verificação de dados digitais de idosos cadastrados em clínicas de cuidados, residentes em domicílios.
11	Effectiveness and cost-effectiveness of a proactive, goal-oriented, integrated care model in general practice for older people. A cluster randomised controlled trial: Integrated Systematic Care for Older People—the ISCOPE study	Blom et al. (2016) Public Health and Primary Care, Leiden University Medical Center Age and Ageing	Holanda	Empírica Estudo randomizado por <i>cluster</i>	Avaliação da eficácia e do custo-efetividade do ISCOPE – <i>Integrated Systematic Care for Older People</i> (Cuidado Sistemático Integrado para Pessoas Idosas), para detecção do declínio da saúde global dos idosos por meio de questionário enviado por correio aos participantes: profissionais da Saúde, idosos no domicílio e cuidadores informais.
12	Implementation fidelity of a strategy to integrate service delivery: learnings from a transitional care program for individuals with complex needs in Singapore	Nurjono et al. (2019) Centre for Health Services Research and Policy Research BMC Health Services Research	Singapura	Empírica Observação não participativa, revisão de registros médicos e de banco de dados do programa	Avaliação da fidelidade da implantação do programa de cuidados de transição a idosos (alta hospitalar para domicílio), o NUHS-RHS (<i>National University Health System - Regional Health Systems</i>), por meio de observações não participativas, revisões de registros médicos e de banco de dados do programa.
13	Standardizing Key Issues from Hospital Through an Electronic Multi-Professional Discharge Checklist to Ensure Continuity of Care	Kuusisto et al. (2019) Administration Centre Satakunta Hospital Health and Wellbeing e-Networks for All	Finlândia	Empírica Grupo focal	Proposição de lista de verificação de alta hospitalar estruturada para idosos frágeis, acoplada ao sumário eletrônico de enfermagem para alta. As informações foram coletadas a partir de opiniões de profissionais de Saúde e Assistência Social em grupos focais.

14	Toward Advanced Nursing Practice along with People-Centered Care Partnership Model for Sustainable Universal Health Coverage and Universal Access to Health	Kamei et al. (2017) Center for Nursing & Midwifery for Development of People-Centered Care in Primary Health Care St. Luke's International University Rev. Latino-Am. Enfermagem	Japão	Empírica Meta-síntese qualitativa da literatura e avaliação de 14 projetos	Proposição de modelo de parceria de atendimento centrado nas pessoas (<i>People Centered Care-PCC</i>), para a sociedade em envelhecimento, por meio de estudo qualitativo da literatura e avaliação de 14 projetos relacionados.
----	---	---	-------	---	---

Fonte: a própria autora (2019)

Na análise dos 14 artigos, objetivou-se estudar suas contribuições para aproximação e elucidação dos temas “cuidados” e “planos de cuidados a idosos”. Alguns trabalhos contextualizam o envelhecimento da população como um desafio para o cuidado às pessoas idosas. A força desse movimento é chamada por Berntsen et al. (2019) de “*silver tsunami*” ou “tsunami prata”. Muitas sociedades não estão preparadas para atender às condições complexas que compõem a atenção aos idosos frágeis (Boutette et al., 2018; Berntsen et al., 2019). Além disso, problemas de saúde e vulnerabilidades em idosos tendem a ser mais frequentes (Paranhos; Oliveira, 2018), impondo crescente demanda por serviços e desafios ao cuidado dessa população (Osborn et al., 2014; Nurjono et al., 2019).

De maneira geral, os trabalhos indicam contribuições em resposta a esse cenário desafiador e referem benefícios para o cuidado abrangente à pessoa idosa com a utilização de planos de cuidados. Ainda que Ruikes et al. (2017) não tenham encontrado evidências dos benefícios do programa de cuidados *Care Well*, relatam diretrizes compatíveis com as orientadas pelos outros estudos selecionados. Dessa forma, as informações desse estudo específico também foram consideradas.

Assim como Ruikes et al. (2017), Blom et al. (2016) e Nurjono et al. (2019) avaliam níveis de implantação e efetividade de programas de cuidados locais. O trabalho de Blom et al. (2016) avalia a eficácia e o custo-efetividade do ISCOPE - *Integrated Systematic Care for Older People* (Cuidado Sistemático Integrado para Pessoas Idosas), por meio de entrevistas e questionários a idosos, cuidadores informais e profissionais, a fim de detectar o declínio da saúde global dos idosos. Os autores verificaram que houve maior estabilidade do estado de saúde dos idosos na visão dos médicos. Nurjono et al. (2019), no estudo, concluíram que o programa NUHS-RHS (*National University Health System - Regional Health System*), relacionado aos cuidados de transição do hospital para o domicílio (alta hospitalar), foi eficaz na redução de utilização de serviços de Saúde por parte dos idosos.

Diferentemente dos autores citados anteriormente, Boutette et al. (2018) não realizam análise de efetividade, mas descrevem um programa local, o SAFE (*Subacute Care Unit for Frail Elderly*), ou Unidade de Cuidados Subagudos para Idosos Frágeis, que oferta assistência de natureza intensiva e de curta duração, e apresentam pontos satisfatórios para cuidados aos idosos. O programa contava com os recursos: proatividade e abordagem holística e restauradora do cuidado, com um profissional coordenador de fluxo incorporado nas unidades de medicina de família, com apoio de médicos internistas¹³ e geriatras do SAFE, bem como de uma pessoa no lar, integrando, a longo prazo, profissionais, pacientes e família.

Alguns componentes importantes dos planos de cuidados mencionados foram as oficinas terapêuticas e artísticas. Foi demonstrado que a participação em atividades de lazer, música e arte melhora o bem-estar físico, social e emocional dos pacientes idosos e aumenta o senso deles de pertencimento a uma comunidade. Ao serem oferecidos cuidados subagudos a pacientes idosos frágeis em um ambiente domiciliar, com cuidados prolongados, os pacientes podem restaurar sua funcionalidade com uma abordagem integral à pessoa, culminando em melhores resultados a um custo reduzido para o sistema de Saúde (Boutette et al., 2018).

Berntsen et al. (2019), Paranhos e Oliveira (2018), Kamei et al. (2017) e Kuusisto et al. (2019) propõem modelos de cuidados a pessoas idosas. Os três primeiros grupos de pesquisadores realizam análises teóricas e o último realiza estudo por meio de opiniões com profissionais da área de Saúde e Assistência Social. Dos elementos propostos pelos modelos, o cuidado centrado na pessoa foi mencionado nos quatro estudos. Outros fatores incluem cuidado com suporte digital, cuidado integrado, proatividade (Berntsen et al., 2019); mudança de postura profissional ao deixar posição de autoridade para ter uma relação de parceria com usuário, enfoque multiprofissional no processo de cuidado (Paranhos; Oliveira, 2018); parceria entre serviços de Saúde e comunidade (Kamei et al., 2017); eficácia em comunicação entre profissionais, usuário e família/cuidador e planejamento de continuidade do cuidado (Kuusisto et al., 2019). Esses elementos e outras informações serão detalhados ao longo desta revisão.

Outros trabalhos referem-se a pesquisas de opinião das pessoas envolvidas no processo de cuidado à pessoa idosa. Giuguere et al. (2018) analisaram as colocações dos próprios idosos, de familiares, cuidadores, profissionais e tomadores de decisão; Kaambwa et al. (2015) estudaram opiniões dos idosos e da família; Osborn et al. (2014) investigaram a opinião dos

¹³ “Clínico ou internista é um especialista com conhecimento abrangente na saúde do adulto, podendo atuar em consultório, clínica, ambulatório de hospitais públicos e privados e enfermaria”. [acesso em 25 set. 2020]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/competenciasclinico.pdf>.

próprios idosos; e Jasper et al. (2017) analisaram a opinião de profissionais. As pesquisas levaram em conta questões diferentes umas das outras.

As descobertas do estudo de Giuguere et al. (2018) sugerem que, para adaptar os sistemas de Saúde às necessidades da população idosa frágil, é necessário redesenhar a avaliação e a comunicação com esses idosos e seus cuidadores, integrar melhor os cuidados e os serviços entre ambientes ao longo do tempo e entre seus vários provedores, identificar sistematicamente quem são esses idosos e garantir a participação deles na tomada de decisões.

O estudo de Kaambwa et al. (2015) concluiu que todos os idosos e familiares participantes preferiram uma abordagem de cuidado centrada no consumidor, o que lhes permitiu economizar fundos de um pacote de serviços comunitários para atendimentos futuros, ter suporte de trabalhadores flexíveis para mudanças em atividades dos planos de cuidados e escolher o apoio de trabalhadores que fornecessem serviços comunitários diários.

A pesquisa de Osborn et al. (2014) analisou a opinião de 15.617 idosos dos países Austrália, Canadá, França, Alemanha, Holanda, Nova Zelândia, Noruega, Suécia, Suíça, Reino Unido e Estados Unidos sobre experiências de assistência à saúde. Verificou-se que um quinto ou mais dos idosos relataram receber cuidados descoordenados em todos os países, exceto na França. Em metade dos países, um quinto ou mais dos adultos com doenças crônicas eram os próprios cuidadores dos idosos.

O estudo de Jasper et al. (2017) considerou as preferências dos profissionais quanto ao valor relativo de diferentes atributos do serviço de coordenação de cuidados para idosos na Inglaterra. Concluiu-se que a continuidade do atendimento prestado pelo mesmo coordenador e a capacidade de acessar a gama de serviços descritos nos planos de cuidados foram os atributos mais importantes do serviço.

Carvalho et al. (2017) apresentaram diretrizes internacionais da Organização Mundial da Saúde e da Organização das Nações Unidas para cuidados a idosos. Já Yeung et al. (2018) compilaram informações teóricas-chave a partir de treze países asiáticos e recomendaram ações para o cuidado à população idosa.

Voltando-nos ao trabalho de Yeung et al. (2018), as informações teóricas-chave referidas baseiam-se em estudo realizado em dez países que compõem o sudeste e o leste asiático, mais China, Japão e Coreia do Sul, sobre cuidados de longa duração (*“Long-Term Care”* - LTC) a idosos. A pesquisa concluiu que a demanda por esse tipo de cuidado aumentará rapidamente na região pesquisada nas próximas décadas, tendo em vista o declínio da fertilidade, o aumento da expectativa de vida e o incremento da migração. A maioria dos países está mal preparada para lidar com a demanda de LTC e depende fortemente de membros do

sexo feminino para efetivar o cuidado. Constatou-se que as mulheres idosas em famílias de baixa renda têm mais necessidades não atendidas. No mais, os serviços domésticos e comunitários devem se tornar parte integrante do sistema LTC.

O trabalho de Carvalho et al. (2017) aponta que o principal objetivo do atendimento integrado para idosos não é gerenciar doenças ou prolongar a vida, mas otimizar a capacidade intrínseca dos idosos ao longo da vida, portanto garantir um envelhecimento saudável. É necessário um conjunto diferente de indicadores de resultado, que refletem a capacidade intrínseca, a capacidade funcional, a qualidade de vida e a consecução dos objetivos definidos pelo idoso.

Alguns trabalhos explicitam visão para o envelhecimento: Yeung et al. (2018) colocam que o envelhecimento ativo pode ser incentivado com o cuidado de longa duração, ao melhorar instalações e infraestrutura nas comunidades, podendo ofertar melhores ações de lazer, trabalho, envolvimento comunitário e familiar. Carvalho et al. (2017) mencionam que o conceito de envelhecimento saudável deve ser pautado na capacidade funcional dos idosos de fazer as atividades que valorizam, não na ausência de doenças. Outros autores não referem a modelos de envelhecimento, mas mencionam a promoção da saúde como forma de viver uma vida mais saudável, devendo abordar dieta, exercícios físicos e gestão do estresse (Osborn et al., 2014). Assim sendo, eles procuram mostrar a importância da educação em saúde e da melhoria do estilo de vida para prevenir e controlar as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Kamei et al., 2017), buscando a qualidade de vida da pessoa idosa (Blom et al., 2016; Kamei et al., 2017).

Os autores selecionados na revisão identificam **diretrizes abrangentes que norteiam o cuidado e a gestão de planos de cuidados a idosos**. Para a efetivação do cuidado ao idoso, uma diretriz fundamental é o **acesso** aos serviços.

Os sistemas de Saúde devem garantir acesso oportuno aos cuidados primários, especializados e agudos, quando necessário. Nos países de baixa renda, os idosos geralmente acham difícil usar os serviços de Saúde, mesmo quando estes estão disponíveis. As maiores barreiras citadas nesse aspecto envolvem dificuldade com o transporte (ausência dele ou impossibilidade de pagar por ele) (Carvalho et al., 2017).

Pessoas idosas residentes em zona rural ou em regiões periféricas podem ter problemas adicionais com o transporte, porque os serviços estão frequentemente concentrados nas grandes cidades e em regiões centrais, longe de suas casas e comunidades. Outras barreiras ao acesso citadas são: a falta de acessibilidade arquitetônica geral, a falta de adaptação em banheiros, as longas filas para atendimento e as barreiras de comunicação. Estas resultam em fornecimento

inadequado de informações para pessoas com perda auditiva ou deficiência visual. Ainda nessa linha, outro fator de dificuldade são as atitudes ageístas, que promovem o preconceito à população idosa (Carvalho et al., 2017).

Osborn et al. (2014) concluíram que todos os países pesquisados têm espaço para melhorias, já que nenhum sistema de Saúde oferece, consistentemente, assistência acessível aos idosos, seja em serviços primários ou especializados.

Idosos frágeis precisam de melhor acesso aos serviços e cuidados preventivos e aos cuidados primários, a fim de evitar o declínio funcional. Uma revisão de literatura sobre o assunto concluiu que o acesso a cuidados de saúde primários com base na comunidade pode ser melhorado para populações vulneráveis por meio de uma integração formal de serviços, além de reduzir hospitalizações, internações em departamentos de emergência e necessidades não atendidas de Saúde (Khanassov¹⁴ et al., 2016 apud Giuguere et al., 2018).

Outra diretriz apresentada pelos autores é o **cuidado integrado** como forma de superação da fragmentação da assistência e das informações. Essa fragmentação, por sua vez, é causada, geralmente, pela estruturação dos serviços em formato de silos (Berntsen et al., 2019; Carvalho et al., 2017).

O cuidado integrado é apresentado pelos autores como forma de colaboração multilateral com coordenação de prestadores de serviços, dos próprios idosos, familiares e cuidadores (Nurjono et al., 2019; Carvalho et al., 2017; Kamei et al., 2017; Kuusisto et al., 2019; Paranhos; Oliveira, 2018). Esse modo de cuidado requer criação de ambiente propício, formulação e atualização de políticas (Osborn et al., 2014; Carvalho et al., 2017; Paranhos; Oliveira, 2018), planos e estruturas regulatórias de suporte e governança, com coordenação e comunicação interna nos serviços, entre serviços e entre setores (Carvalho et al., 2017; Osborn et al., 2014).

Concomitantemente ao cenário político, características organizacionais (Challis¹⁵, 1994, apud Jasper et al., 2017), a gestão profissional interna das instituições e as necessidades sociais determinam e influenciam os processos de cuidados e, também, as práticas profissionais (Kamei et al., 2017).

¹⁴ Khanassov V, Pluye P, Descoteaux S, Haggerty JL, Russell G, Gunn J, et al. Organizational interventions improving access to community-based primary healthcare for vulnerable populations: a scoping review. *Int J Equity Health*. 2016;15. [acesso em 20 nov. 2020]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5057425/>.

¹⁵ Challis D. Implementing caring for people. *Care management: factors influencing its development in the implementation of community care*. London, United Kingdom: Department of Health, 1994.

Exemplos de estratégias para promoção do cuidado integrado incluem melhoria do ambiente político (Carvalho et al., 2017; Yeung et al., 2018) e da infraestrutura, tornando-a mais acessível e amigável às pessoas idosas em relação ao espaço físico, ao transporte, às telecomunicações, ao trabalho, ao lazer (Carvalho et al., 2017) e às atividades comunitárias (Yeung et al., 2018; Kamei et al., 2017 e Kaambwa et al., 2015). Incluem-se melhorias, ademais, de acesso a equipamentos de auxílio nas atividades diárias, como cadeiras de rodas, bengalas, aparelhos auditivos e óculos (Kuusisto et al., 2019), acesso a medicações, vacinas (Carvalho et al., 2017; Kamei et al., 2017) e tecnologias essenciais para diagnosticar e tratar problemas de saúde (Kamei et al., 2017), acesso a serviços e oportunidades de melhoria e inovação em Saúde (Osborn et al., 2014), encaminhamentos para outros serviços do mesmo setor e para outros setores (Carvalho et al., 2017; Nurjono et al., 2019) e melhora nos processos de alta (Kuusisto et al., 2019).

Ainda visando ao cuidado integrado, são recomendados arranjos de financiamento, inclusive financiamentos conjuntos entre os setores de Saúde e Assistência Social, e incentivos contratuais (Carvalho et al., 2017 e Jasper et al., 2017).

Outras ações valorizadas, na perspectiva do cuidado integrado, referem-se à implementação e à garantia de processos de avaliação da qualidade dos serviços, bem como à revisão regular da capacidade de oferta equitativa (Carvalho et al., 2017; Yeung et al., 2018).

Essa forma de cuidado, também chamada por Boutette et al. (2018) de “abordagem holística do cuidado”, permite resultados globais à pessoa idosa e é mais adequada que cuidados que visam somente à melhora de doenças (Blom et al., 2016). A integração de cuidados e serviços, ao longo do tempo, com vários provedores, é necessária para atender às necessidades dos idosos frágeis (Giguere et al., 2018). A saber, no estudo de Giguere et al. (2018), concluiu-se que o atendimento integrado melhorou o acesso pelos idosos e a qualidade do atendimento.

O cuidado integrado aos idosos ocorre em “níveis micro, meso e macro” (Valentijn et al.¹⁶, 2013 apud Carvalho et al., 2017; Valentijn¹⁷, 2015 apud Nurjono et al., 2019). O nível *micro* abrange o âmbito clínico, pessoal e familiar da pessoa idosa; adota a perspectiva da centralidade na pessoa idosa, vista no contexto de sua vida cotidiana diária, além de ser parte

¹⁶ Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care*. 2013, mar;13(1):e010.

¹⁷ Valentijn PP. *Rainbow of Chaos: a study into the theory and practice of integrated primary care*. [S.l.: s.n.], 2015 (Print Service Ede). [Doctoral Thesis Tilburg University, The Netherlands]. ISBN: 978-94- 91602-40-5. *Int J Integr Care*. 2016;16(2). [acesso em 20 nov. 2020]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5015532/>

de uma família e de uma comunidade. O cuidado deve se dar com avaliações do indivíduo, objetivando otimizar e maximizar a capacidade funcional e a capacidade intrínseca.

O nível *meso* abrange a oferta de serviços nos âmbitos organizacional e profissional, bem como o cuidado baseado na comunidade e em intervenções domiciliares. Incluem-se aspectos como gestão de casos e trabalho multidisciplinar (Valentijn et al., 2013 apud Carvalho et al., 2017; Valentijn, 2015 apud Nurjono et al., 2019). Para satisfatória qualidade de atendimento à população idosa, profissionais necessitam de várias competências-chave, requerem aperfeiçoamento a partir de treinamentos e conhecimento robusto em geriatria para casos mais difíceis e complexos (Carvalho et al., 2017).

Já o nível *macro* abarca as políticas e a sociedade. São consideradas a eficiência, a qualidade do cuidado prestado, a qualidade de vida promovida e a satisfação do consumidor em relação aos serviços. Esse nível abrange combinação de estruturas, processos e técnicas para atender as pessoas no cuidado de transição continuado em diferentes contextos (Valentijn et al., 2013; Valentijn, 2015; Carvalho et al., 2017; Nurjono et al., 2019).

Carvalho et al. (2017) explicam em mais detalhes o assunto “cuidado integrado” ao discorrerem acerca de documentos da Organização Mundial da Saúde, referindo-se, por exemplo, ao ICOPE - *Integrated Care for Older People* (ou Cuidado Integrado para Pessoas Idosas), que, desde 2017, realiza orientações para implantação desse tipo de trabalho. Esse documento foi revisado e atualmente encontra-se na versão 2019 (WHO, 2019b). Ele apresenta detalhes sobre os níveis *meso* e *macro* e, para o nível *micro*, são indicados pela OMS os documentos: ICOPE: *guidelines on community level-interventions to manage declines in intrinsic capacity* (ou Cuidado Integrado para Pessoas Idosas: guia para intervenções na comunidade para gestão de declínio da capacidade intrínseca) (WHO, 2017b); e ICOPE: *Guidance on person-centred assessment and pathways in primary care* (ou Cuidado Integrado para Pessoas Idosas: guia para avaliação e cuidado primário centrado na pessoa) (WHO, 2019a).

Na Figura 8, é representado o cuidado integrado proposto pela WHO (2019b):

Figura 8 – Estrutura para implementação do ICOPE - Cuidado Integrado para Pessoas Idosas (tradução nossa)

Fonte: WHO (2019b, p. 07)

Os mecanismos do cuidado integrado também preveem a integração funcional e a integração normativa. A saber, a funcional refere-se a mecanismos “duros”, como financiamento de recursos e informações; a normativa, a mecanismos “leves”, como cultura e valores (Nurjono et al., 2019).

A terceira diretriz norteadora de cuidados e gestão de planos de cuidados citada pelos autores é a **intersectorialidade**. Nesse aspecto, alguns se referem à articulação entre os setores Saúde e Assistência Social (Carvalho et al., 2017; Osborn et al., 2014; Yeung et al., 2018; Jasper et al., 2017; Nurjono et al., 2019). Outros autores não declaram a intersecção entre os serviços desses setores, mas consideram a avaliação e a intervenção em necessidades de Saúde atreladas às questões sociais (Giguere et al., 2018; Kamei et al. 2017; Paranhos e Oliveira, 2018); alguns trabalhos mencionam equipes multidisciplinares que envolvem profissionais da área social e da Saúde (Berntsen et al., 2019; Ruikes et al., 2017; Boutette et al., 2018; Kuusisto et al., 2019), enquanto outros valorizam equipes multidisciplinares na atenção às necessidades globais das pessoas (Carvalho et al., 2017; Blom et al., 2016; Ruikes et al., 2017; Nurjono et al., 2019; Paranhos e Oliveira, 2018). Ao serem discutidas questões sociais e de Saúde, criam-se novos

valores relacionados a esta, admite-se um sistema social que melhora a qualidade de vida e apoia a sustentabilidade da assistência universal (Kamei et al., 2017).

Para Carvalho et al. (2017), uma variedade de prestadores de serviços deve trabalhar em conjunto, de uma maneira mais coordenada, pois as evidências sugerem que as assistências social e de saúde integradas para pessoas idosas contribuem para melhores resultados de saúde, a um custo equivalente ao do atendimento usual, proporcionando um melhor retorno do investimento. Na área da Saúde, esses autores defendem sistemas de saúde primária fortes e eficientes, com médicos apoiados por outros profissionais especializados em geriatria e com inclusão da rede de diagnósticos.

Outro setor mencionado como importante é o de transportes. Mais de 60% das pessoas idosas em países de baixa renda não tiveram acesso aos cuidados de saúde devido à ausência de transporte ou à impossibilidade de pagar pelo serviço (Carvalho et al., 2017).

Alguns autores defendem como diretriz o **cuidado do idoso pela comunidade e nos domicílios** (Carvalho et al., 2017; Kamei et al., 2017; Yeung et al., 2018; Boutette et al., 2018; Nurjono et al., 2019). Essa diretriz valoriza a comunidade e o domicílio como espaços para cuidados, engajamento e empoderamento das pessoas idosas, dos cuidadores e dos profissionais (Carvalho et al., 2017; Yeung et al., 2018), ao se criarem relações de solidariedade e parceria (Kamei et al., 2017).

Os cuidados domiciliares e comunitários também podem ser incorporados aos cuidados agudos e subagudos, com planejamento eficaz de alta e preparo da pessoa para retorno para casa (Boutette et al., 2018) com continuidade do cuidado (Nurjono et al., 2019).

Kamei et al. (2017) concluem em seus estudos que a parceria com a comunidade é o caminho para que seus componentes se responsabilizem por sua própria saúde e condição de vida. Essa parceria está intimamente ligada ao cuidado centrado na pessoa. Os autores criaram, assim, um modelo de parceria, em que há envolvimento de membros da comunidade, voluntários e profissionais da Saúde, subdividido em três padrões: Parceria de Aproximação, Parceria de Apoio e Parceria de Colaboração. Os padrões mudam de acordo com o amadurecimento e o progresso do cuidado centrado no paciente e dependem, ainda, das características dos problemas de saúde e do grau de consciência da comunidade sobre eles.

O primeiro padrão de parceria, o de Aproximação, ocorre quando os profissionais de Saúde lideram os membros da comunidade, estes não estão cientes dos problemas de saúde ou da comunidade. Na Parceria de Apoio, os profissionais de Saúde apoiam os membros da comunidade, conforme necessário, de acordo com suas situações, como doenças ou condições do envelhecimento. No nível de Parceria de Colaboração, os membros da comunidade estão

plenamente conscientes de seus problemas de saúde ou da comunidade e participam de atividades e tomadas de decisão (Kamei et al., 2017).

Atributos foram trabalhados nos três padrões, como estabelecimento de metas no comportamento em saúde, entendimento dele, respeito e confiança mútua. Os membros da comunidade e os profissionais compreenderam pontos fortes, papéis, responsabilidades uns dos outros, aprenderam conjuntamente e tomaram decisões de forma compartilhada. Por meio desses processos, transformações individuais e sociais são conquistadas (Kamei et al., 2017).

Ao trabalhar a parceria com a comunidade com foco no cuidado centrado na pessoa, Kamei et al. (2017) realizaram capacitação de mais de quatro mil pessoas da comunidade em relação a: aceitação e apreciação das crenças e dos valores pessoais; comportamentos e pensamentos saudáveis; educação em saúde, que auxilia na escolha de informações apropriadas à saúde de cada pessoa; entendimento de onde e como falar da própria saúde; capacidade de tomar decisões; autocuidado duradouro, autoeficácia e força para manter a saúde; e alfabetização em tecnologia de comunicação e informação. Essas capacidades levaram à melhoria da saúde e do bem-estar psicológico das pessoas. Devido ao sucesso do trabalho, a OMS tem requerido à equipe de pesquisadores a replicação da metodologia em diversos projetos (Kamei et al., 2017).

Yeung et al. (2018) também defendem o cuidado aos idosos no domicílio e na comunidade, como extensão do chamado “cuidado de longa duração”, em conjunto com os serviços do Estado. Cuidado de longa duração abrange as interfaces entre cuidados informais e formais, entre serviços de Saúde e Assistência Social, os cuidados pessoais, os cuidados de Saúde, os serviços sociais e os cuidados de reabilitação, buscando o bem-estar para as pessoas idosas, de modo que elas possam viver de forma independente pelo maior tempo possível.

No contexto dos cuidados de longa duração, uma questão é problematizada: o poder de cuidado das famílias. Ou seja, ao mesmo tempo que o número de idosos mais idosos — aqueles com 80 anos ou mais ou que necessitam de maiores cuidados de longa duração — vem aumentando, o tamanho das famílias vem diminuindo, não sendo raro idosos que vivem sozinhos ou que possuem filhos, porém estes trabalham ou residem em outros locais.

Dessa forma, verifica-se a importância de instituições formais de cuidado compartilhadas com entes familiares e serviços comunitários, especialmente para os casos de idosos em situação de vulnerabilidade. Ainda segundo Yeung et al. (2018), na comunidade asiática, verificou-se que instalações públicas menores propiciam melhor qualidade de vida que as maiores e mais equipadas.

Outra diretriz mencionada pelos autores é o **cuidado centrado na pessoa** (Carvalho et al., 2017; Yeung et al., 2018; Paranhos e Oliveira et al., 2018; Berntsen et al., 2019; Kamei et al., 2017; Kuusisto et al., 2019) ou atendimento centrado no consumidor (Kaambwa et al., 2015). Esse cuidado, que anteriormente era direcionado para doenças e sintomas, oferecido de forma assimétrica, paternalista e reativa, volta a atenção para a pessoa (Paranhos e Oliveira et al., 2018; Berntsen et al., 2019). Nessa perspectiva, as pessoas idosas são consideradas indivíduos com experiências, necessidades e preferências únicas (Carvalho et al., 2017; Boutette et al., 2018).

O cuidado centrado na pessoa é adotado internacionalmente como um meio de promover autonomia e escolha dos consumidores ou de seus representantes sobre os tipos de atendimento, os serviços acessados e a prestação desses serviços, incluindo quem os presta e quando (Kaambwa et al., 2015).

Essa modalidade de cuidado compõe o rol dos Direitos Humanos dos Pacientes, em conjunto com a dignidade humana, os princípios da autonomia relacional e da responsabilidade dos pacientes (Albuquerque¹⁸, 2016 apud Paranhos; Oliveira, 2018). Ela também foi adotada pela 69ª Assembleia Mundial da Saúde em 2016 (Carvalho et al., 2017).

Essa forma de cuidar procura atender às especificidades do indivíduo, suas opiniões, seus valores, seus aspectos sociais, psicológicos, culturais, permitindo e apoiando a pessoa idosa na realização das atividades que valoriza (Paranhos; Oliveira et al., 2018). Além disso, ela empodera e habilita o idoso a se autodeterminar e a se autogerenciar (Paranhos; Oliveira et al., 2018; Berntsen et al., 2019; Osborn et al., 2014), conjugando, dessa forma, a sua determinação consciente (Paranhos; Oliveira et al., 2018).

Nessa perspectiva, para Berntsen et al. (2019), o cuidado centrado na pessoa deve estar vinculado à pergunta: “o que é importante para você?”, entrevistas motivacionais podem auxiliar nesse processo.

As necessidades dos idosos devem ser o foco de trabalho, não as necessidades dos serviços. É necessário atender a população idosa em sua diversidade, ou seja, as pessoas idosas com nível alto de capacidade intrínseca, aquelas com capacidade em declínio e aquelas cuja capacidade se deteriorou, exigindo cuidado e apoio de outras pessoas. A capacidade intrínseca é definida pela OMS como combinação das capacidades físicas, mentais e psicossociais do indivíduo. Já a capacidade funcional refere-se à combinação e interação da capacidade

¹⁸ Albuquerque A. Direitos Humanos dos Pacientes. Curitiba: Juruá, 2016.

intrínseca do indivíduo com as características do ambiente em que ele vive (Carvalho et al., 2017).

Faz-se necessário identificar o que o paciente realmente busca num encontro com o profissional, bem como ultrapassar as barreiras do tecnicismo e da ciência para atingir a linguagem do paciente, considerá-lo como sujeito ético, a ser ouvido, envolvido no processo terapêutico, e fomentar vínculo de parceria (Paranhos; Oliveira, 2018). Os profissionais e familiares devem ajudar a pessoa idosa não apenas a sobreviver, mas a existir a despeito de suas limitações, não a reduzindo às suas incapacidades, mas, sim, buscando maneiras de transcendê-las (Kamei et al., 2017).

A pessoa idosa deve ser reconhecida como indivíduo vulnerável, mas não de uma forma depreciativa, ao contrário, de maneira que se criem mecanismos de proteção e de compensação das perdas físicas e cognitivas, a fim de que sejam desenvolvidas suas capacidades. O paciente idoso é visto, muitas vezes, como um paciente incômodo, e seus problemas de saúde se agravam por insensibilidade humana (Paranhos; Oliveira, 2018). A pessoa idosa, no fim da vida, também possui o direito de ser ouvida, os profissionais devem ser sensíveis às suas especiais necessidades e organizar informações de forma que o paciente consiga compreender. Nos casos de extrema vulnerabilidade, mesmo quando não detém mais as funcionalidades físicas ou as capacidades cognitivas plenas, o idoso possui valor intrínseco e deve ser respeitado e tratado com dignidade (Pelluchon¹⁹, 2016 apud Paranhos; Oliveira, 2018). Assim, são indispensáveis conscientização social sobre a importância do tema “cuidado centrado no paciente idoso”, amadurecimento de legislações e fomento de políticas inclusivas (Paranhos; Oliveira, 2018).

O cuidado centrado na pessoa possibilita minorar os efeitos físicos da doença, compensar perdas cognitivas, propiciar um conhecimento de si e uma revisão de valores, assim como contornar os efeitos sociais que envolvem o processo de adoecimento (Paranhos; Oliveira, 2018).

Nesse sentido, Berlinguer²⁰ (1988 apud Paranhos; Oliveira, 2018) propõe que nos coloquemos no lugar do paciente, para que reflitamos sobre como a doença é vivida e enfrentada; quais as consequências para o doente e que sentimentos e comportamentos são suscitados nos que o cercam; como se dá o sofrimento, de que maneira se encara a diversidade, enfrenta-se o perigo, identificam-se os sinais e se possibilita o estímulo. Segundo o autor, o

¹⁹ Pelluchon C. Taking vulnerability seriously: what does it change for bioethics and politics? In: Masferrer A. García-Sánchez, E, editors. Human dignity of the vulnerable in the age of rights. Valencia: Springer, 2016. p. 293-312.

²⁰ Berlinguer G. A Doença. São Paulo: Hucitec/CEBES, 1988.

desrespeito ao paciente gera mais sofrimento que a própria doença. Ele destaca que o importante não é agir contra a pessoa, mas, sim, contra a doença e que se deve “tratar da doença em cada doente” (Berlinguer, 1988 apud Paranhos; Oliveira, 2018).

A valorização da pessoa idosa e de seus cuidadores e a inclusão de suas opiniões no processo de cuidado são tidas, no estudo de Gilguere et al. (2018), como possibilidade de melhoria da adesão às orientações profissionais.

A **proatividade do cuidado** também é valorizada como diretriz, ultrapassando a visão baseada em problemas e doenças e direcionando aos objetivos e à prevenção (Berntsen et al., 2019; Ruikes et al., 2017; Blom et al., 2016). Berntsen et al. (2019) definem cuidados proativos como os que buscam evitar resultados negativos, dispendiosos em termos humanos e econômicos, sempre que possível e razoável.

A estratificação e o gerenciamento de riscos por meio de avaliação geriátrica abrangente e as práticas preventivas são estratégias proativas de cuidado (Bertsen et al., 2019; Carvalho et al., 2017). No gerenciamento de risco populacional, é possível identificar regularmente pessoas que podem se beneficiar de intervenções precoces (Bertsen et al., 2019).

A busca de casos e os planos de cuidados também são considerados formas de cuidado proativo (Blom et al., 2016). As ações que buscam manter idosos mais saudáveis e ativos são consideradas intervenções possíveis para reduzir a necessidade de cuidados de longa duração (Yeung et al., 2018).

Nessa perspectiva proativa, o cuidado deve ser aquele que capacita, educa ou alfabetiza, tanto pessoas idosas (Blom et al., 2016; Carvalho et al., 2017; Osborn et al., 2014; Yeung et al., 2018; Boutette et al., 2018; Paranhos; Oliveira, 2018; Kamei et al., 2017) quanto familiares, cuidadores e comunidades (Carvalho et al., 2017; Yeung et al., 2018; Nurjono et al., 2019; Kamei et al., 2017).

Da mesma forma, o **desenvolvimento de profissionais** foi sinalizado como diretriz para o cuidado (Nurjono et al., 2019; Blom et al., 2016). Em outras palavras, o processo de educação aos idosos realizado pelos profissionais permite o engajamento em autocuidado e autogestão, quando é possível trabalhar a sua consciência subjetiva (Bertsen et al., 2019; Carvalho et al., 2017).

Alguns autores mencionam a importância de treinamento de profissionais com foco em atendimento holístico a indivíduos com necessidades complexas, pois os chamados “fenômenos de superespecialização”, nos quais os profissionais de Saúde se especializam em determinados órgãos do corpo ou em certos aspectos do atendimento, podem persistir, prejudicando, por exemplo, os cuidados de transição (Nurjono et al., 2019).

A educação interdisciplinar demonstrou ser benéfica para equipar os profissionais de Saúde com habilidades relevantes, melhorando os resultados em atendimento, especialmente para adultos mais velhos com necessidades complexas (Nurjono et al., 2019). No estudo de Giguere et al. (2018), foi verificado que falta treinamento aos profissionais de Saúde para cuidarem de pacientes frágeis, especialmente aqueles que vivem com comprometimento cognitivo. Também se constatou que programas interprofissionais de desenvolvimento podem propiciar melhora do trabalho com idosos vulneráveis.

Outra diretriz mencionada pelos autores é **a valorização da tecnologia, o suporte digital e a aplicação da informação**, que potencializam registros, comunicação entre os envolvidos no cuidado, gestão e escalabilidade (Berntsen et al., 2019; Carvalho et al., 2017). Em conjunto, esses fatores facilitam o gerenciamento dos cuidados e diminuem a carga dos prestadores de serviços (Kuusisto et al., 2019; Yeung et al., 2018).

A **gestão de planos de cuidados a idosos** é apresentada pelos autores como componente de uma gama ampla de ações que compõe o cuidado ou a assistência ao idoso em contextos variados de atenção, fazendo parte de um processo de coordenação assistencial (Jasper et al., 2017), seja na Saúde ou na Assistência Social, em serviços de baixa, média ou alta complexidade.

Parte dos autores (Blom et al., 2016; Carvalho et al., 2017; Giguere et al., 2018; Nurjono et al., 2019; Osborn et al., 2014; Kaambwa et al., 2015; Yeung et al., 2018) utiliza a expressão “planos de cuidados”. Alguns autores adotam expressões similares, como “planejamento de assistência ao idoso” (Boutette et al., 2018), “planos de suporte” (Jasper et al., 2017), “planos de atendimento” (Berntsen et al., 2018; Ruikes et al., 2018), “atividades de cuidado” (Kuusisto et al., 2019), ou, simplesmente, usam o termo “atendimento” (Kamei et al., 2017) ou “cuidado ao idoso” (Paranhos; Oliveira, 2018).

Do mesmo modo como nos documentos e nas literaturas nacionais, os estudos da pesquisa bibliográfica aqui apresentada não apresentam consenso quanto à nomenclatura, mas “planos de cuidados” foi mencionada pela maior parte dos autores.

Para Carvalho et al. (2017) e Nurjono et al. (2019), a gestão de planos de cuidados a idosos situa-se no nível *micro* da atenção, ou seja, no âmbito mais próximo à pessoa, interligado com o nível *meso*, coordenado pelos prestadores de atendimentos.

Os planos de cuidados reúnem prestadores de serviços e de cuidados em prol de um objetivo comum e harmonizam o gerenciamento clínico (Carvalho et al., 2017). Nessa perspectiva, esses planos auxiliam na superação do cuidado fragmentado, pois apoiam a

assistência contínua ao idoso. A falta de um plano de atendimento é um impedimento óbvio à prestação de assistência coerente (Berntsen et al., 2019).

A relação e a comunicação entre pessoa idosa e profissional são indicadas como essenciais para o estabelecimento de planos de cuidados, uma vez que se estabelece relação de confiança, requer empatia e profissionais mais atentos, informativos, capazes de abandonar posicionamento de autoridade no intuito de construir uma relação de parceria, solidariedade e colaboração (Paranhos; Oliveira, 2018). Além de parceria e confiança mútuas, fazem parte dessa base o respeito e o entendimento entre as partes (Kamei et al., 2017).

Ainda nesse contexto, é fundamental que a comunicação seja adaptada ao grau de entendimento de cada idoso, a troca de informação deve possibilitar escolhas e o processo de decisão deve respeitar a vontade do idoso de se envolver. Esse fato explica por que determinados comportamentos podem agravar, ao invés de minorar, os efeitos de determinada doença (Berlinguer, 1988 apud Paranhos; Oliveira, 2018).

Alguns estudos colocam a “gestão de planos de cuidados a idosos” como uma etapa do processo de cuidado centrado na pessoa e com atendimento integrado (Berntsen et al., 2019), como recurso do cuidado integrado (Carvalho et al., 2017; Boutette et al., 2018), ferramenta de cuidado integrado proativo (Blom et al., 2016), componente de coordenação assistencial (Challis et al.²¹, 2016 apud Jasper et al., 2017), cuidado complexo a idosos (Ruikes et al., 2018), gerenciamento de casos (Ross; Curry; Goodwin²², 2011 apud Nurjono et al., 2019), cuidados de longa duração (Yeung et al., 2018) e planejamento de cuidados (Osborn et al., 2014), configurando-se instrumento para compilar metas de cuidados (Giguere et al., 2018).

Os planos de cuidados reúnem e organizam as necessidades dos idosos (Carvalho et al., 2017; Nurjono et al., 2019; Jasper et al., 2017) e dos cuidadores, quando necessário (Blom et al., 2016), avaliam suas especificidades, respeitam seus valores, suas crenças (Paranhos; Oliveira, 2018), seus objetivos, seus desejos e suas expectativas (Blom et al., 2016; Berntsen et al., 2019; Osborn et al., 2014; Paranhos; Oliveira, 2018).

Ademais, os planos de cuidados devem respeitar a dignidade e a privacidade das pessoas idosas, além de envolvê-las e estimulá-las (Paranhos; Oliveira, 2018).

²¹ Challis D, Hughes J, Sutcliffe C, Abendstern M, Jasper R, Chester H, Loynes N. Care coordination for older people in the non-statutory sector: lessons from research, expert briefing paper 4. Personal Social Services Research Unit. 2016. [acesso em 20 nov. 2020]. Disponível em: <http://research.bmh.manchester.ac.uk/pssru/nihrrscr/productsandtoolkits/ExpertBriefing4Complete.pdf>.

²² Ross S, Curry N, Goodwin N. Case management: what it is and how it can best be implemented. London: The King's Fund.; 2011.

Para Blom et al. (2016), o plano de cuidado é “uma ferramenta valiosa para prática geral”, especialmente para os casos de maior complexidade que envolvem questões de âmbitos físico, mental e social.

Para uma maior efetividade, os planos de cuidados devem ser baseados nas melhores evidências possíveis (Berntsen et al., 2019; Kamei et al., 2017; Boutette et al., 2018) e devem garantir a segurança do paciente e do processo do cuidado (Osborn et al., 2014; Kuusisto et al., 2019).

Os profissionais devem ter, além de habilidades e conhecimentos, capacidade de responder às necessidades espirituais e emocionais dos idosos (Paranhos; Oliveira, 2018); devem ser bem treinados e motivados para fornecer os serviços, a fim de que consigam atender a essas necessidades (Kamei et al., 2017).

De maneira ampla, os **planos de cuidados** seguem um processo cíclico que abrange os seguintes componentes: avaliação abrangente, planejamento de metas, implementação de assistência planejada, monitoramento das ações, revisão e correção das propostas e avaliação de resultados.

A **avaliação abrangente** da pessoa idosa (Blom et al., 2016; Carvalho et al., 2017; Berntsen et al., 2019; Nurjono et al., 2019; Giguere et al., 2018) deve ser realizada por equipe multidisciplinar e basear-se em evidências, para detectar e avaliar a fragilidade existente (Giguere et al., 2018). A avaliação deve ser o ponto de partida para a ação (Blom et al., 2016) e englobar aspectos como: singularidade (Blom et al., 2016; Nurjono et al., 2019); capacidade funcional para atividades da vida diária (Blom et al., 2016); problemas de saúde, como doenças e deficiências (Blom et al., 2016); necessidades de auxílios e equipamentos (Kuusisto et al., 2019); ambiente doméstico (Kuusisto et al., 2019; Nurjono et al., 2019) e acomodações (Kuusisto et al., 2019); gerenciamento de problemas sociais (Blom et al., 2016; Nurjono et al., 2019); condições mentais, psicológicas (Blom et al., 2016) e de memória (Kuusisto et al., 2019); averiguação sobre demência, delírio e depressão (Boutette et al., 2018); condições de comunicação (Blom et al., 2016); suporte e cuidador familiar (Kuusisto et al., 2019); identificação e qualificação por nível de fragilidade (Giguere et al., 2018; Carvalho et al., 2017); e estratificação de riscos (Berntsen et al., 2019).

O segundo componente dos planos de cuidados para idosos é o **planejamento de metas** a serem alcançadas (Giguere et al., 2018; Blom et al., 2016; Carvalho et al., 2017; Berntsen et al., 2019; Jasper et al., 2017; Kuusisto et al., 2019). Os planos devem ser planejados por meio de diálogo e envolvimento com a pessoa idosa, centralizando-a no processo (Berntsen et al., 2019; Giguere et al., 2018; Kuusisto et al., 2019; Osborn et al., 2014; Paranhos; Oliveira, 2018).

Nesse diálogo, é importante averiguar a capacidade de decisão da pessoa idosa ou de seus representantes, de modo a compensar a perda de autonomia com apoio adequado, se necessário (Kaambwa et al., 2015; Blom et al., 2016).

O envolvimento ativo dos idosos em seus planos está associado a cuidados de alta qualidade e custo-benefício (Giguere et al., 2018), por isso os planos devem ser personalizados (Nurjono et al., 2019; Blom et al., 2016; Kamei et al., 2017; Paranhos; Oliveira, 2018). A personalização deve ser atualizada em adaptações contínuas, em resposta às necessidades do idoso em constante mudança, revisando metas e trabalhando para o que é melhor aos usuários e preferido por eles (Nurjono et al., 2019).

Da mesma forma que na avaliação abrangente, no planejamento também é indicado a atuação de equipe multidisciplinar (Carvalho et al., 2017; Ruikes et al., 2017; Paranhos; Oliveira, 2018) e interprofissional (Giguere et al., 2018).

Os planos devem ser compartilhados com todos os prestadores de cuidados, sejam formais ou informais, de modo constante (Carvalho et al., 2017; Nurjono et al., 2019; Berntsen et al., 2019), também por meio digital (Berntsen et al., 2019), e com comunicação efetiva (Kuusisto et al., 2019).

No planejamento de metas, pode haver: orientações sobre como prevenir doenças; veiculação de conhecimento ao idoso e a seus cuidadores sobre riscos das doenças e seus prognósticos, sobre possibilidade de cura ou de mais tempo de vida (Paranhos; Oliveira, 2018); possibilidade de melhoria da consciência e de comportamentos em saúde (Kamei et al., 2017); prevenção à iatrogenese (Boutette et al., 2018); gerenciamento funcional (Nurjono et al., 2019); oferta de auxílio para atividades diárias: funções excretoras, higiene pessoal, movimentar-se, vestir-se, alimentar-se (Kuusisto et al., 2019; Yeung et al., 2018), e para tarefas domésticas, compras, fornecimento de refeições (Chester et al.²³, 2015 apud Jasper et al., 2017); criação de mecanismos de proteção e de compensação das perdas físicas e cognitivas (Paranhos; Oliveira, 2018); otimização da capacidade física (Carvalho et al., 2017), da mobilidade (Boutette et al., 2018); prevenção de quedas (Kamei et al., 2017; Boutette et al., 2018); reabilitação (Boutette et al., 2018) e promoção do conforto físico (Kamei et al., 2017; Paranhos; Oliveira, 2018); melhoria da dor crônica (Carvalho et al., 2017) ou alívio da dor (Paranhos; Oliveira, 2018),

Outras metas podem ser previstas no planejamento, tais como: ajuda ao idoso para restaurar sua autoestima (Paranhos; Oliveira, 2018); oferta de suporte psicológico (Nurjono et al., 2019), confortos emocional, espiritual (Paranhos; Oliveira, 2018) e bem-estar (Kamei et al.,

²³ Chester H, et al. Exploring patterns of care coordination within services for older people. *International Journal of Care Coordination*, 2015;18(1):5-17.

2017); otimização da capacidade mental e cognitiva (Kuusisto et al., 2019; Blom et al., 2016); acompanhamento do estado nutricional (Kuusisto et al., 2019; Boutette et al., 2018); oferta e gerenciamento de medicações (Berntsen et al., 2019; Carvalho et al., 2017; Nurjono et al., 2019; Osborn et al., 2014; Ruikes et al., 2017; Kamei et al., 2017); farmacoterapia (Kuusisto et al., 2019); oferta de vacinas necessárias de modo seguro e gerenciado (Ruikes et al., 2017; Kuusisto et al., 2019; Nurjono et al., 2019; Carvalho et al., 2017); prestação de cuidados relativos ao lazer, com ênfase em atividades criativas (Kuusisto et al., 2019; Boutette et al., 2018).

No mais, metas voltadas à cidadania, ao relacionamento com redes de suporte social, institucional devem ser previstas, assim como outras ações relativas a: advocacia (Nurjono et al., 2019); efetivação de direitos dos idosos (Paranhos; Oliveira, 2018); gerenciamento de questões sociais (Nurjono et al., 2019; Paranhos; Oliveira, 2018; Kuusisto et al., 2019; Kamei et al., 2017); ajuda aos idosos para envolver cuidadores formais e informais (Osborn et al., 2014); apoio ao cuidador (Jasper et al., 2017) e/ou aos familiares (Boutette et al., 2018) em situações como gerenciamento de crises emergenciais (Berntsen et al., 2019) e futuras (Boutette et al., 2018); apoio ao planejamento de fim de vida (Osborn et al., 2014); encaminhamento para outros serviços (Blom et al., 2016; Nurjono et al., 2019) e para recursos da comunidade (Berntsen et al., 2019).

A duração dos planos de cuidados pode ser prevista para três meses (Blom et al., 2016; Nurjono et al., 2019) ou para doze meses, conforme necessidade (Nurjono et al., 2019), ou revista a cada seis meses (Ruikes et al., 2017). Embora seja possível abordar diferentes diagnósticos e desafios em planos parciais separados, eles devem se unir em um plano maior, para garantir a viabilidade na vida da pessoa e o alinhamento com os objetivos gerais estabelecidos por ela. Assim, as partes envolvidas devem mapear os papéis, as responsabilidades e as tarefas de todas as partes, incluindo a pessoa idosa em foco e seus cuidadores vinculados ao objetivo comum (Berntsen et al., 2019).

A *implementação*, a *entrega* (Berntsen et al., 2019) ou a *prestação da assistência planejada* (Giguere et al., 2018; Jasper et al., 2017; Kuusisto et al., 2019) compõe a gestão dos planos de cuidados. É cada vez mais reconhecido que a fidelidade da implementação, ou seja, o grau em que a intervenção se realiza, conforme planejado, pode determinar os resultados da intervenção (Hasson; Blomberg; Duner²⁴, 2012 apud Ruikes et al., 2018). Programas de cuidados complexos são compostos por múltiplos componentes em interação e exigem que

²⁴ Hasson H, Blomberg S, Duner A. Fidelity and moderating factors in complex interventions: a case study of a continuum of care program for frail elderly people in health and social care. *Implement Sci.* 2012;7:23. doi: 10.1186/1748-5908-7-23.

profissionais e pacientes alterem seus comportamentos; além disso, visam a vários níveis organizacionais e requerem flexibilidade e adaptação (Craig et al.²⁵, 2008 apud Ruikes et al., 2018).

O *monitoramento* (Blom et al., 2016; Berntsen et al., 2019; Jasper et al., 2017) da prestação da assistência é essencial para detectar falhas nos planos de cuidados (Berntsen et al., 2019). Esse monitoramento do processo de cuidado e dos planos assegura a centralidade da atenção na pessoa, também constitui formas de acompanhá-la em sua transição entre patamares de cuidados e serviços (Nurjono et al., 2019). Alguns autores mencionam a figura dos “gestores de casos” (Blom et al., 2016; Carvalho et al., 2017), ou “gerentes de casos” (Berntsen et al., 2019; Ruikes et al. 2017), ou “coordenadores de assistência” (Nurjono et al., 2019) para conduzir esse trabalho.

Nesse âmbito, algumas formas relatadas para auxílio nos processos de cuidado foram: gerenciamento de consultas (Nurjono et al., 2019; Blom et al., 2016), visitas domiciliares (Blom et al., 2016; Nurjono et al., 2019), acompanhamento telefônico (Nurjono et al., 2019; Berntsen et al., 2019); e uso da tecnologia digital (Berntsen et al., 2019; Osborn et al., 2014; Ruikes et al., 2017), com dados de planos de cuidados e de idosos armazenados em portal digital (Ruikes et al., 2017). O uso da tecnologia permite a consolidação sistemática de informações e o compartilhamento de informações entre os atores, as disciplinas e os ambientes de atendimento (Nurjono et al., 2019).

Outra questão colocada para auxílio no monitoramento dos planos de cuidados é o suporte à pessoa idosa para o autogerenciamento (Carvalho et al., 2017; Berntsen et al., 2019; Nurjono et al., 2019; Osborn et al., 2014), ou apoio à autoajuda (Kuusisto et al., 2019). Algumas formas para apoiar o autogerenciamento consistem em entrevistas motivacionais, educação do paciente, oficinas de ativação e aconselhamento comportamental (Berntsen et al., 2019).

A *revisão de propostas* (Blom et al., 2016; Berntsen et al., 2019; Jasper et al., 2017) ou *corretagem* (Jasper et al., 2017), constituinte dos planos de cuidados, permite identificação de possíveis desvios, os quais devem levar a uma revisão/reavaliação do plano, a fim de ajustá-lo e colocá-lo em andamento novamente (Berntsen et al., 2019).

A *avaliação de resultados* também compõe os planos de cuidados, conforme já mencionado (Blom et al., 2016; Berntsen et al., 2019; Giguere et al., 2018; Kamei et al., 2017), e requer sensibilidade e flexibilidade para a mudança de objetivos, de ideias e de contextos do usuário e da equipe (Berntsen et al., 2019). A avaliação permite averiguar, com base no

²⁵ Craig P, et al. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ. 2008;337:a1655.

planejamento, a continuidade do cuidado (Kuusisto et al., 2019) e a alta ou o encerramento de caso (Nurjono et al., 2019; Osborn et al., 2014). A alta pode ser completa ou implicar encaminhamento para serviços que ofertam cuidados menos ou mais intensivos (Nurjono et al., 2019).

Ao analisar os quatorze estudos sobre cuidado e gestão de planos de cuidados a idosos, foi possível avaliar que, mesmo a maioria tratando de realidades de países desenvolvidos, existe uma constatação unânime de que o envelhecimento da população acarreta complexidades. Embora existam tentativas e inovações, grande parte dos países ainda enfrenta problemas no planejamento e na coordenação de cuidados (Osborn et al., 2014; Yeung et al., 2018; Berntsen et al., 2019; Carvalho et al., 2017; Giguere et al., 2018; Nurjono et al., 2019).

Por meio dos estudos, constatou-se que muitas nações não estão preparadas para lidar com a demanda de cuidados contínuos ou de longa duração (Yeung et al., 2018), e sistemas de atendimento não foram projetados para atender às necessidades de idosos frágeis (Boutette et al., 2018). Assim, mais incentivos e foco na melhoria contínua dos cuidados e dos planos de cuidados a idosos se fazem necessários. Por outro lado, a maioria dos pesquisadores conseguiu demonstrar benefícios das propostas e dos programas estudados em relação à qualidade de vida do idoso e à economia.

Foi possível verificar, ao analisar os artigos, que não há possibilidade de conduzir ou discutir planos de cuidados a idosos sem interligá-los aos níveis *meso* e *macro* de cuidado e sem considerar que esses níveis, inclusive o *micro*, sofrem mudanças contínuas e em concomitância com aquelas vivenciadas pelas pessoas idosas (WHO, 2019b; Carvalho et al., 2017; Nurjono et al., 2019). Então, a opção por apresentar essas dimensões de modo estanque e sequencial nesta revisão foi feita apenas para fins didáticos, visto que a questão dos planos de cuidados a idosos deve ser compreendida como processo complexo, dinâmico e que envolve simultaneamente várias dimensões.

No processo abrangente de cuidado ao idoso, os planos de cuidados foram apresentados pelos autores como ferramenta que não possui padrão único, mas, de maneira geral, segue um caminho cíclico e lógico, o qual organiza e fomenta a assistência integrada ao envolver a pessoa idosa, em primeiro lugar, e seus familiares, cuidadores, comunidades, equipes profissionais, instituições, governos e Estados. Foi possível realizar compilação de informações no que tange a planos de cuidados a idosos e demonstrar que estes não estão restritos a um setor da sociedade e a nenhum nível de complexidade de serviços, ou seja, podem ser objeto de atenção e ser conduzidos em qualquer espaço onde o objetivo seja a qualidade de vida e o bem-estar da pessoa idosa.

Os estudos que abordaram os setores Saúde e Assistência Social, de alguma forma, focaram em opiniões de profissionais dessas áreas sobre o processo de cuidado ao idoso ou, estritamente, comentaram sobre a importância da atuação conjunta, ou até mesmo que o trabalho deve seguir linha multidisciplinar ou interprofissional. O trabalho de Kuusisto et al. (2019) foi o único que analisou opiniões de profissionais dos dois setores, com objetivo de elaborarem em conjunto um *checklist* para alta hospitalar de idosos frágeis. Porém, não foi realizado por nenhum dos estudos o aprofundamento de relação, diálogo e atuação conjunta desses profissionais em relação ao cuidado e à gestão de planos de cuidados a idosos de forma ampliada.

Os resultados desta revisão demonstram que são relevantes novos e aprofundados estudos sobre o gerenciamento de cuidados e sobre os planos de cuidados, especialmente para a população idosa mais frágil e vulnerável. Dessa forma, espera-se que os resultados da nossa pesquisa ampliem referências e auxiliem a sociedade a cuidar cada vez melhor das pessoas idosas.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Identificar e analisar percepções de profissionais inseridos em equipes interdisciplinares, atuantes na Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, na região de Cidade Ademar, do município de São Paulo, acerca dos desafios para a gestão de planos de cuidados a idosos e das possibilidades de superação.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Como objetivos específicos, foram delimitados:

- a) identificar trabalho desenvolvido para atendimento aos idosos no âmbito da Saúde e da Assistência Social na RASPI/Cidade Ademar;
- b) mapear desafios referidos pelos participantes para elaboração e gestão de planos de cuidados a idosos;
- c) conhecer e analisar as percepções dos profissionais sobre possibilidades de enfrentamento e superação de desafios para elaboração e gestão de planos de cuidados a idosos.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE PESQUISA

Optou-se por desenvolver pesquisa de natureza quanti-qualitativa exploratória e descritiva, com triangulação metodológica e de dados. Métodos mistos combinam técnicas, metodologias, abordagens, conceitos de pesquisa quantitativa e qualitativa ou linguagem em um único estudo (Johnson; Onwuegbuzie²⁶, 2004 apud Paranhos et al., 2016). A abordagem multimétodo permite a integração qualitativa e quantitativa, que fornece melhores possibilidades analíticas e respostas mais robustas às questões propostas pela pesquisa (Paranhos et al., 2016).

A triangulação permite a consideração dos diferentes níveis de profundidade que o desvelamento de um fenômeno exige, por meio de duas ou mais perspectivas ou abordagens metodológicas (Denzin, 2009²⁷ apud Santos et al., 2020). Dessa forma, em perspectiva sequencial, em duas etapas, foram aplicadas as seguintes técnicas: questionário semiestruturado on-line e, posteriormente, Grupo Focal. Para ambas as etapas, foi proposta a participação dos mesmos profissionais. Considerou-se que a opção por esse tipo de pesquisa, com combinação das técnicas, permite explorar profundamente as percepções dos profissionais acerca do tema em estudo (Cervo; Bervian, 2002).

É desejável que os mesmos temas sejam abordados por meio de diferentes técnicas, pois, quanto maior o nível de sobreposição e/ou de complementariedade de itens, maior será o nível de integração das diferentes técnicas de pesquisa (Paranhos et al., 2016). Assim sendo, as temáticas emergidas no questionário, em resposta às questões do presente estudo, foram aprofundadas no Grupo Focal.

No mais, a triangulação de dados abrangeu informações coletadas em pesquisa bibliográfica e documental; na pesquisa de campo, em duas etapas: questionário semiestruturado e Grupo Focal.

5.2 LOCAL DE ESTUDO: A REGIÃO DE CIDADE ADEMAR

O estudo foi desenvolvido na região de Cidade Ademar, zona sul da cidade de São Paulo. A Cidade Ademar (CA), com a região de Pedreira, compõe o Distrito e a Subprefeitura

²⁶ Johnson RB, Onwuegbuzie AJ. Mixed methods research: a research paradigm whose time has come, educational researcher. 2004;33:14-26.

²⁷ Denzin N. The research act: a theoretical introduction to sociological methods. Routledge: London; 2009.

de Cidade Ademar, uma das 32 subprefeituras existentes na cidade (Mapa 1 e Mapa 2) (São Paulo, 2017b).

Mapa 1 – Cidade de São Paulo - regiões e distritos (2020)

Fonte: Prefeitura de São Paulo²⁸ (São Paulo, 2017b)

²⁸ Disponível em:
<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/mapa/index.php?p=14894>.
[acesso em nov. 2019].

Mapa 2 – Região de Cidade Ademar, São Paulo (2020)

Fonte: Prefeitura de São Paulo (São Paulo, 2017b)

5.2.1 Dados demográficos²⁹

A cidade de São Paulo possui 11.869.660 de pessoas, das quais 15,61% são idosas (SEADE, 2020). Já a região de CA conta com 285.677 pessoas. Dessas, 13,03% são idosas. A região em análise possui uma extensão de 12 km², com população total, em 2010, de 266.681 pessoas, e com uma densidade demográfica de 22.223 habitantes/km².

Na década de 30, a região de Cidade Ademar era parada obrigatória para carros de boi que vinham de São Bernardo do Campo, em meio a muitas áreas verdes. O crescimento urbano provocou desmatamento, iniciando a degradação das condições ambientais. A clandestinidade e a irregularidade dos loteamentos ocupados por população em situação de vulnerabilidade social, com habitações precárias, ocupação desordenada e muito densa, tornaram-se incompatíveis com a produção de água nessa bacia. Nesse contexto, a saber, as principais favelas formadas são: Jardim Apurá, Americanópolis, Jardim Martini e Vila Joaniza.

A região de CA (Figuras 9 e 10) surgiu a partir da década de 1960, época de importante expansão industrial, assim, a região passou a ser local de residência dos trabalhadores. Nesse período, existiam muitas fazendas, as quais deram lugar aos primeiros bairros e vilas a partir de loteamentos comprados pelos operários migrantes que vieram de diversas partes do país.

²⁹ São Paulo. Dados demográficos dos distritos pertencentes às subprefeituras. 2020. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758 [acesso em 15 maio 2019].

Melhorias de acesso a direitos e serviços aos cidadãos foram concretizadas a partir da década de 1970, com movimentos sociais, mas a região ainda sofre com a falta de recursos públicos e é ocupada predominantemente por população de baixa renda. O Índice Paulista de Vulnerabilidade Social³⁰ classificou a Cidade Ademar, no ano de 2010, como região de alta vulnerabilidade.

Figura 9 – Distrito Cidade Ademar, São Paulo

Fonte: Mapio.net. [data desconhecida]

³⁰ São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano. 2016. [acesso em out. 2019]. Disponível em: <https://gestaourbana.prefeitura.sp.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/QA-AD.pdf>.

Figura 10 – Bairro Cidade Júlia, Cidade Ademar, São Paulo (2008)

Fonte: Bigai (2008)

Figura 11 – Av. Cupecê, Cidade Ademar, São Paulo (2020)

Fonte: a própria autora a partir de: <https://www.google.com/intl/pt-BR/streetview/> (2020)

Na região de Cidade Ademar, no que se refere à gestão pública, a Supervisão Técnica de Saúde Santo Amaro e Cidade Ademar (STS/SACA) é responsável pelos estabelecimentos

de Saúde de Atenção Básica e Especializada, que alojam um ou mais serviços geridos por meio de contrato de gestão com organizações do terceiro setor.

Junto à organização social Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde (INTS)³¹, instituição filantrópica sem fins lucrativos, estende-se uma rede assistencial com serviços de Atenção Básica e Especializada:

Quadro 8 – Rede assistencial de Atenção Básica e Especializada na região de Cidade Ademar (2020)

Atenção Básica	23 Unidades Básicas de Saúde (UBS) 01 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) 01 Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF) (ficam lotados em UBS com Estratégia Saúde da Família, com 05 equipes)
Atenção Especializada	01 Unidade de Referência a Saúde do Idoso – URSI 03 equipes - Programa Acompanhante de Idosos – PAI (2 equipes lotadas em UBS e 01 na URSI) 01 Serviço de Hidroterapia (disponível em CER) 01 Hospital Dia da Rede Hora Certa 01 Assistência Médica Ambulatorial – AMA 01 Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades - AMA-E, 01 Centro de Especialidades Odontológicas – CEO 02 Centro de Apoio Psicossocial – CAPS 01 Centro de Reabilitação – CER 03 Serviço Residencial Terapêutico – SRT 01 equipe - Programa Acompanhante Comunitário de Saúde da Pessoa com Deficiência – APD (lotada no CER) 02 Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico - SADT

Fonte: a própria autora (2019)

Devido à amplitude de serviços geridos, a OS-Santa Catarina foi a organização escolhida, na época da pesquisa, para pactuação de parceria e para realização do estudo no âmbito da Saúde.

³¹ Até setembro de 2020, os serviços eram administrados pela Organização Social de Saúde OS-Santa Catarina, que foi substituída pelo INTS para a gestão dos serviços de Saúde da Atenção Básica e Especializada. Site do INTS disponível em: <http://ints.org.br/>.

Na região localizam-se, também, serviços que compõem o Sistema Único da Assistência Social (SUAS), que prestam Proteção Social Básica e Especial, sendo alguns deles: 3 Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), 3 Núcleos de Convivência do Idoso (NCI), 1 Centro Dia do Idoso (CDI), 1 Centro de Acolhida Especial para Idosos (CAEI) e 1 Centro de Referência Especializada da Assistência Social (CREAS). Os serviços nas áreas da Saúde e da Assistência Social, salvo CRAS e CREAS, que são públicos, são geridos por organizações privadas, como a Associação Beneficente Caminho de Luz (ABECAL) e a Entidade de Promoção e Assistência Social Espaço Aberto, que realizam o trabalho via pactuação com o poder público (São Paulo, 2017a). No setor da Assistência Social, foi possível, por meio da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), realizar parceria com essas organizações para participação na pesquisa.

5.3 SELEÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES

Considerando a importância atribuída a cada ponto de atenção da RASPI (São Paulo, 2016b), foram estabelecidos os seguintes critérios de seleção de profissionais:

a) atuação em uma das seguintes unidades de Saúde da região de Cidade Ademar:

- Unidade Básica de Saúde - sem Estratégia Saúde da Família (UBS);
- Unidade Básica de Saúde - com Estratégia Saúde da Família (UBS-ESF);
- Unidade de Referência à Saúde do Idoso (URSI);
- Programa Acompanhante de Idosos (PAI);
- Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades (AMA-E);
- Centro Especializado em Reabilitação (CER);
- Hospital Dia da Rede Hora Certa (HDRHC);
- Melhor em Casa/Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD);
- Centro de Atenção Psicossocial Adulto II Cidade Ademar (CAPS);
- Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);

b) atuação em uma das seguintes unidades de Assistência Social da região de Cidade Ademar:

- Centro de Referência de Assistência Social (CRAS);
- Núcleo de Convivência do Idoso (NCI);
- Centro Dia do Idoso (CDI);
- Centro de Acolhida Especial para Idosos (CAEI);
- Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS);

- c) atendimento a idosos e/ou participação na gestão de seu cuidado nos equipamentos onde estão inseridos.

Os profissionais foram indicados pelos gestores das unidades de Saúde e de Assistência Social no âmbito da prefeitura regional de Cidade Ademar e das organizações parceiras, devido ao conhecimento delas sobre a atuação profissional na região.

Com base nos critérios de inclusão, nos objetivos do estudo e nas exigências referentes à metodologia de Grupo Focal a ser adotada na pesquisa (Trad, 2009), estimou-se a participação de 15 profissionais: 10 da área da Saúde e 5 da Assistência Social. Foram excluídos da presente pesquisa profissionais de nível técnico e gestores das unidades, gestores públicos e usuários. Eles poderão ser abordados em pesquisas futuras.

No que se refere à área de Saúde, o gestor de um dos serviços informou que não conseguiria indicar e liberar profissional para a pesquisa, porém foram obtidas indicação e liberação de um profissional de serviço análogo, enquanto o gestor de outro serviço, embora tenha manifestado concordância em participar da pesquisa, não indicou profissional.

Quanto à área de Assistência Social, gestores de todos os serviços contatados concordaram com a participação na pesquisa, indicaram e liberaram profissionais para participar do estudo.

Os profissionais indicados foram contatados e consentiram participar da pesquisa, sendo 9 profissionais da área da Saúde e 5 da Assistência Social. Desse universo, apenas 1 profissional da área da Saúde participou exclusivamente da primeira etapa do estudo. Assim, a pesquisa contou com a participação de 14 (93%) profissionais na 1ª etapa e de 13 (86%) na 2ª etapa.

5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados se deu em duas etapas: questionário semiestruturado on-line e Grupo Focal.

5.4.1 Primeira etapa: questionário on-line

Foi enviado um questionário semiestruturado, de maneira virtual, aos profissionais indicados pelos gestores das unidades (Apêndice A). O intuito foi captar respostas que permitissem caracterização profissional quanto a: graduação, tempo de formação, educação continuada, experiências com idosos, serviço(s) a que está atualmente vinculado, atividades desenvolvidas, participação na elaboração e na gestão de planos de cuidados, desafios e

estratégias relacionados. A ferramenta para confecção do questionário e seu preenchimento foi o *Google Docs*, uma opção gratuita para criação de documentos e compartilhamento virtual. Essa ferramenta possibilitou criar questionário com previsão de respostas de múltipla escolha e também com respostas descritivas (Google, 2017).

Com base nas respostas aos questionários e buscando captar com maior profundidade percepções e dimensões simbólicas e/ou subjetivas dos informantes acerca do tema (Trad, 2009), foi desenvolvido o Grupo Focal.

5.4.2 Segunda etapa: Grupo Focal

O Grupo Focal é uma forma de entrevista com grupos baseada na comunicação e na interação, tem como finalidade captar impressões dos informantes, valorizando, portanto, dimensões simbólicas e/ou subjetivas; objetiva apreender percepções, opiniões e sentimentos frente a um determinado tema num ambiente de interação (Trad, 2009). Esse tema pode ser explorado em forma de questões focadas. Cabe salientar que o “espírito de contradição” deve ser incentivado no grupo, de modo que as argumentações e as contra argumentações sejam utilizadas como vantagens e recursos para análise (Costa, 2012).

A metodologia do Grupo Focal prevê um moderador com substancial conhecimento do tópico a ser discutido, que conduza o grupo de modo a manter o foco sobre os interesses do estudo, sem, entretanto, negar aos participantes a possibilidade de expressarem-se espontaneamente. O moderador deve procurar cobrir a máxima variedade de tópicos relevantes sobre o assunto e promover uma discussão produtiva (Gondim, 2003).

Além do moderador principal, deve haver um segundo moderador, que atue oportunamente, introduza a discussão e a mantenha acesa; observe os participantes, encorajando-os a aprofundar, individualmente, respostas e comentários considerados relevantes pelo grupo ou pelo pesquisador; e observe comunicações não verbais e o ritmo dos participantes dentro do tempo previsto para o debate (Trad, 2009).

A função de moderadora principal foi desempenhada por uma terapeuta ocupacional, que possui experiência em condução de trabalhos similares e não tinha contato com os participantes. A presente pesquisadora exerceu a função de segunda moderadora. À semelhança dos demais participantes, a pesquisadora, no momento do estudo, era funcionária da OS-Santa Catarina e conhecia parte dos profissionais, tanto da área da Saúde quanto da Assistência Social. Nesse papel, a pesquisadora buscou minimizar sua interferência no grupo, realizando apenas a introdução do tema e, no momento de diálogo entre os participantes, não interagiu com eles.

Além disso, foi solicitado aos participantes que sempre se dirigissem à moderadora principal. A pesquisadora assumiu a função de observadora e a tarefa de fazer registros, sendo perceptível que o grupo sempre se dirigiu à moderadora principal, conforme orientado.

Para Trad (2009), os participantes de um Grupo Focal devem apresentar características associadas à temática central em estudo. O número recomendado de participantes é de seis a quinze pessoas, de modo a possibilitar a identificação de opiniões individuais. Para Gatti (2005), com uma ou duas sessões é geralmente possível gerar uma gama satisfatória de informações. O tempo médio de cada sessão é de 90 a 110 minutos (Trad, 2009).

Para este estudo, foram propostos aos parceiros das secretarias da Saúde e da Assistência Social duas sessões de Grupo Focal, mas, no decorrer do processo, verificou-se melhor viabilidade de apenas um encontro, com tempo estendido, o que foi feito.

5.5 ANÁLISE DE CONTEÚDO

As informações coletadas, tanto por meio dos questionários quanto pelo Grupo Focal, foram integralmente registradas. A saber, as informações dos questionários foram compiladas em planilha; as do Grupo Focal foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas.

A organização da análise seguiu conforme orientação de Bardin (1977): I – Pré-análise; II – Exploração do material; e III – Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Aos dados qualitativos foram atribuídos códigos, sua aplicação e sua reaplicação, e esses dados permitiram, em conformidade com o proposto por Saldaña (2013), isolar os dados, agrupá-los e reagrupá-los por semelhança em “famílias” ou categorias.

Esse processo foi orientado fundamentalmente pelos objetivos da pesquisa, que são: identificar e analisar percepções de profissionais inseridos em equipes interdisciplinares, atuantes na RASPI na região de Cidade Ademar (município de São Paulo), nos setores de Saúde e Assistência Social, acerca da elaboração e gestão de planos de cuidados, dos desafios e das possibilidades de superação nesse contexto. Foi dado destaque a alguns trechos da transcrição para ilustração da análise (Minayo, 1992).

5.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Gestores das áreas de Saúde e Assistência Social da região de Cidade Ademar e dos serviços que as compõem foram esclarecidos acerca da pesquisa, foi solicitado a eles anuência para a realização dela, indicação de profissionais das unidades sob sua responsabilidade para

participarem do estudo e liberação desses profissionais indicados para etapas de coleta de dados (Anexos A e C).

Os Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo aprovaram o presente projeto de pesquisa, respectivamente, sob os números 2.504.534, com CAAE: 83003618.6.0000.0065; e 2.586.553, com CAAE: 83003618630010086 (Anexos D e B, respectivamente).

Por se tratar de pesquisa com seres humanos, o Comitê Permanente de avaliação de projetos da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social indicou a avaliação ética pela entidade prevista na Plataforma Brasil, a Secretaria Municipal de Saúde.

Todos os participantes indicados pelos gestores foram convidados a participar voluntariamente do estudo e aqueles que demonstraram interesse assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

Após a conclusão da pesquisa, o material será disponibilizado para os participantes de forma digital e, para as Supervisões de Saúde e Assistência Social, serão disponibilizadas cópias digitais e físicas. Propõe-se, também, reunião presencial para apresentação dos resultados para os profissionais participantes, gestores e outros profissionais interessados, de modo a publicizar as informações e permitir a reflexão em conjunto em busca de pactuações voltadas à qualificação do cuidado integral à população idosa na região de Cidade Ademar.

6 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa de campo serão apresentados a seguir em dois momentos distintos: 1º) resultados do questionário analisados de forma quantitativa e qualitativa; e 2º) resultados do Grupo Focal analisados de forma qualitativa.

Com base na literatura, os dados do estudo de campo foram organizados segundo níveis de cuidado ou sistemas: *micro*, *meso* e *macro* (Valentijn et al., 2013; Valentijn, 2015; Carvalho et al., 2017; Nurjono et al., 2019; WHO, 2017b, 2019a, 2019b).

6.1 RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO ON-LINE

Aos 14 participantes indicados para a pesquisa foi enviado por e-mail um *link* de acesso ao questionário, em que puderam ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinalar positivamente para a participação voluntária no estudo e responder às questões fechadas e abertas. O questionário foi organizado em quatro domínios:

- 1 - Caracterizações pessoal e profissional;**
- 2 - Cuidados às pessoas idosas e integralidade na atenção;**
- 3 - Desafios na atenção e nos cuidados às pessoas idosas;**
- 4 - Estratégias possíveis para melhoria da gestão de planos de cuidados às pessoas idosas.**

A maioria das questões foi de múltipla escolha, com alternativas baseadas na experiência profissional da pesquisadora e na literatura. As questões fechadas previram sistematicamente a alternativa “outras/outros” e a possibilidade para especificações, além de espaço para comentários. Outras questões possibilitaram respostas abertas, as quais serão apresentadas como parte dos resultados. A seguir, serão apresentados os resultados segundo domínios do questionário.

6.1.1 *Parte 1: caraterizações pessoal e profissional dos participantes*

Na Tabela 2, são apresentados dados de caracterização demográfica dos participantes:

Tabela 2 – Caracterização pessoal dos participantes quanto ao sexo e à faixa etária

Sexo	Nº	%
Feminino	14	100
Masculino	0	0
Total	14	100
Faixa etária	Nº	%
18 - 25 anos	01	7,1
26 - 35 anos	03	21,4
36 - 45 anos	07	50
46 - 55 anos	03	21,4
56 anos ou +	0	0
Total	14	100

Fonte: questionário on-line aplicado pela própria autora (2018)

Os sujeitos da pesquisa foram, exclusivamente, mulheres, em sua maioria com idade entre 36 a 55 anos (71,4%). Das 14 profissionais, 9 (64%) eram da área de Saúde e 5 (36%) de Assistência Social. Todas as participantes tinham graduação, conforme apresentado na Tabela 3 a seguir:

Tabela 3 – Descrição dos participantes segundo formação acadêmica declarada

Graduação	Nº	%
Serviço Social	07	50
Enfermagem	05	36
Nutrição	01	07
Odontologia	01	07
Total	14	100

Fonte: questionário on-line aplicado pela própria autora (2018)

Todas as profissionais atuavam exclusivamente na assistência direta aos usuários, salvo uma profissional da Assistência Social, que também exercia a função de interlocutora entre a Secretaria de Assistência Social e as organizações contratadas para administrar os serviços na região. Essa profissional, bem como outras duas, eram funcionárias públicas municipais, enquanto todas as outras eram contratadas pelas ONG via CLT.

Das 14 profissionais participantes, 10 (72%) possuíam mais de onze anos de formação na graduação, enquanto 4 (28%), menos de cinco anos; 13 (92%) participantes afirmaram ter formação continuada: 12 (84%) tinham especialização e 1 (7,1%) possuía curso de extensão. Dentre os temas das formações, as participantes citaram “geriatria e gerontologia”, “psicogerontologia”, “gestão da enfermagem”, “saúde da família”, “gerontologia social”, “promoção da saúde” e “gestão pública da Assistência Social” e “Psicologia Social”.

Quanto ao tempo de atuação com a população idosa: 8 (57,2%) atuavam há mais de seis anos, 5 profissionais (35,7%) atuavam de 2 a 5 cinco anos; e 1 (7,1%) participante trabalhava há menos de um ano com o público idoso.

No serviço atual (no momento da pesquisa), 6 (45,8%) profissionais disseram que trabalhavam de 6 a 10 anos; 6 (45,8%) profissionais, de 1 a 3 anos; 1 (7,1%) afirmou que trabalhava há menos de um ano; e 1 (7,1%) trabalhava de 4 a 5 anos.

Das 14 profissionais, 2 (14,8%) afirmaram atuar com pessoas idosas em outros locais: 1 (7,1%) como preceptora em Residência Multiprofissional e 1 (7,1%) como voluntária em hospital, realizando “visitas animadas como Dra. Palhaça” [sic].

6.1.2 *Parte 2: cuidados às pessoas idosas e integralidade na atenção*

Das 14 participantes, 12 (78%) avaliaram estar preparadas para trabalhar com a população idosa e 2 (14,8%) consideraram estar pouco preparadas para o serviço no momento da pesquisa.

As profissionais realizavam atendimentos individuais aos idosos na unidade, atividades em grupo e visitas domiciliares, ações que podiam ser compartilhadas com outros profissionais, conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 – Tipos de atendimento para idosos e familiares/cuidadores

Tipos de Atendimento	Com idoso Qtde. profissionais	%	Com familiar/cuidador Qtde. profissionais	%
Atendimento individual na unidade	12	85	9	69
Atendimento individual compartilhado	11	78	7	53
Atendimento em grupo	9	64	6	46
Atendimento compartilhado em grupo	8	57	5	38
Visita domiciliar	7	50	6	46
Visita domiciliar compartilhada	10	71	8	61
Outros	1	7	0	0

Fonte: questionário on-line aplicado pela própria autora (2018)

A partir da tabela, nota-se que, tanto para idosos quanto para seus familiares e cuidadores, o tipo de atendimento mais realizado é o atendimento individual e compartilhado. Uma profissional relatou que, além de fazer os atendimentos aos idosos, auxiliava na articulação coletiva dos idosos por meio de Fórum Regional.

Sobre a questão do atendimento compartilhado ao idoso e aos familiares/cuidadores, a depender das particularidades de cada serviço, as profissionais dos equipamentos de Assistência Social referiram que compartilhavam as ações com outros assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e nutricionistas do mesmo serviço ou da rede.

Já os profissionais da área de Saúde referiram compartilhar com assistentes sociais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, acompanhantes de idosos, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e dentistas, todos profissionais da mesma unidade ou de outros serviços.

A seguir, na Tabela 5, serão apresentados os recursos e as condutas tidos pelos profissionais durante os atendimentos. Cada participante pôde assinalar mais de um recurso utilizado.

Tabela 5 – Recursos e condutas tidos por profissionais na atenção às pessoas idosas, segundo área de inserção profissional (Saúde e Assistência Social)

Recursos/condutas	Área de inserção profissional			
	Saúde	Assistência Social	Total	%
Discussão com equipe sobre condutas e intervenções	8	5	13	92
Orientação e diálogo com idosos e familiares/cuidadores sobre condutas e intervenções	7	5	12	85
Interface/encaminhamento/acompanhamento de idosos e/ou familiares e cuidadores para outros serviços de Saúde e/ou de outros setores	7	5	12	85
Orientação quanto aos direitos e deveres	5	5	10	71
Orientação quanto a estilos de vida ativos e saudáveis (por ex.: alimentação saudável, exercícios físicos, atividades diversificadas, saúde mental, socialização e sono)	7	2	9	64
Realização e construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS)/Plano Individual de Atendimento (PIA)/Plano de Acompanhamento Familiar (PAF)	4	3	7	50
Orientação quanto aos cuidados com as doenças crônicas e ao uso das medicações	6	1	7	50
Orientação quanto a outros aspectos referentes à qualidade de vida	5	2	7	50
Orientação quanto à prevenção de quedas, funcionalidade, independência e autonomia	5	1	6	42
Aferição da pressão arterial	5	0	5	35
Avaliação global do idoso, aplicação de testes específicos e matriciamento de casos dos idosos	3	1	4	28
Jogos e dinâmicas de grupo	1	2	3	21
Atividades manuais e expressivas	0	1	1	7
Atividades corporais (por ex.: danças, ginásticas e alongamentos)	1	0	1	7

Fonte: questionário on-line aplicado pela própria autora (2018)

Foi possível observar que as intervenções realizadas pela maioria dos profissionais (> 70%) estão ligadas à orientação e ao diálogo com idosos, familiares e equipe sobre condutas e intervenções, interface, encaminhamento e acompanhamento dos idosos para outros serviços, além de orientação quanto aos direitos e deveres.

Para aquelas participantes que afirmaram realizar “avaliação global do idoso, aplicação de testes específicos e matriciamento de casos dos idosos”, foi perguntado quais instrumentos eram utilizados. Então, 6 profissionais responderam que adotavam um ou mais instrumentos: Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI-AB), Avaliação Gerontológica Específica e testes, como Avaliação de Katz, de Lawton, Mini Exame do Estado Mental, Escala de Depressão Geriátrica, Ecomapa, Genograma, averiguação de Índice de Massa Corporal - IMC e de peso dos pacientes.

Embora apenas 4 profissionais tenham assinalado “avaliação global do idoso”, 3 da Saúde (2 de serviços especializados e 1 das unidades de Atenção Básica) e 1 da Assistência Social (Proteção Especial), na questão aberta sobre recursos utilizados ligados à avaliação global, 6 assinalaram que realizavam alguma ação correspondente. Dessa forma, supõe-se que há profissionais que realizam passos da avaliação, porém não o nomeiam como “avaliação global do idoso”. Uma pessoa da Assistência Social assinalou que adota essa forma de avaliação. O fato de ela possuir pós-graduação em gerontologia talvez a tenha auxiliado a nomear essa conduta.

Sobre a realização de planos de cuidados, 7 profissionais ou o equivalente a 50% das participantes assinalaram positivo, sendo 4 da Saúde (3 de serviços especializados e 1 das unidades de Atenção Básica) e 3 da Assistência Social (equipamentos da Rede de Proteção Especial). Salienta-se que uma das participantes de UBS não assinalou que realiza avaliação global, porém realizava passos da avaliação e fazia PTS. Já a outra participante, também da Atenção Básica da Saúde, afirmou realizar avaliação global, dialogar com profissionais e usuários, realizar matriciamento e encaminhamentos, mas não fazer PTS.

Especificamente para aquelas que assinalaram realizar planos de cuidados, foi solicitado que descrevessem como esse recurso era utilizado e sua participação nesse processo.

Abaixo, seguem informações colhidas, organizadas em temáticas e respostas ilustrativas. Essas temáticas guardam estreita relação com as fases correspondentes à gestão de planos de cuidados, apresentadas no capítulo 3: **1 - Avaliação abrangente; 2 - Planejamento de metas; 3 - Implementação; 4 - Monitoramento; 5 - Revisão; e 6 - Avaliação de resultados.**

Temática 1 - Avaliação abrangente

A fase “avaliação abrangente” é referida como estudo sobre as demandas singulares da pessoa idosa atendida. Trata-se do retrato inicial para o atendimento ao idoso, que permite aos profissionais construir estratégias de atendimento.

Tanto os participantes da Saúde quanto os da Assistência Social consideraram as demandas dos idosos de uma forma ampliada (saúde, social, documentações, benefícios e outras). O histórico de vida também foi levado em consideração.

P14 (Ass. Social): Aplicamos o PIA com o propósito de conhecermos um pouco mais sobre o idoso atendido, planos para o futuro, questões de saúde, documentações, benefícios aos quais tem direito (aposentadoria/BPC/Bolsa Família etc.). Através desse instrumental fazemos os encaminhamentos necessários.

P4 (Saúde): O Plano Terapêutico Singular é um instrumento que possibilita um tratamento focado nas singularidades do indivíduo. Na construção dele, a equipe leva em consideração a história de vida do indivíduo, depois se elabora o plano de tratamento. Nossa equipe realiza visita domiciliar, aplicamos a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI), os testes de avaliação global e a Complexidade Situacional do idoso. Após a realização deles, em discussão em equipe, elaboramos o PTS (2018).³²

Temática 2 - Planejamento de metas

Após a avaliação, os profissionais referiram compreender quais direitos devem ser garantidos, quais encaminhamentos são necessários e afirmaram planejar a quantidade e a periodicidade do atendimento da equipe. As metas pareceram ser traçadas de acordo com a discussão entre os profissionais e, em algumas oportunidades, com o usuário.

Uma das ações incluídas nos planos de cuidados foi avaliar se o suporte sociofamiliar da pessoa idosa se mostra satisfatório para a execução do plano proposto. A seguir, destacam-se algumas respostas relacionadas à questão:

P2 (Saúde): Na minha instituição, o Projeto Terapêutico Singular - PTS é construído durante a reunião com a colaboração de todos os profissionais que atendem o idoso, cada um avalia os problemas identificados naquele paciente de acordo com sua área de atuação e propõe as intervenções que serão realizadas durante as visitas, bem como as periodicidades delas. Minha participação é, além de identificar os problemas sociais, identificar se o suporte familiar desse paciente condiz com o plano de cuidados proposto pela equipe e tentar adequar para que o paciente não seja prejudicado.

P5 (Saúde): O PTS em relação ao paciente é realizado em discussão com a equipe multidisciplinar.

³² Neste trabalho, optou-se por diferenciar os resultados dos questionários e do Grupo Focal das citações teóricas/conceituais de autores mantendo todas as respostas/falas citadas dos participantes nesta pesquisa, independentemente do número de linhas, com recuo à esquerda de 4 cm, fonte em itálico tamanho 11, espaçamento simples, sem aspas e evidenciando a identificação do profissional (P1, P2, P3, P4...P14) e a área (Saúde/Ass. Social) de atuação dele. Ao fim do bloco de respostas/falas, entre parênteses, constam o ano em que se deram e a orientação de que se trata de uma informação verbal, quando do Grupo Focal. Cabe ressaltar que esta pesquisadora procurou transcrever as respostas/falas da maneira mais fiel possível, valendo-se das falas mais pertinentes e representativas, a partir da gramática normativa da língua portuguesa, respeitando, em simultâneo, a oralidade/informalidade expressada.

P1 (Saúde): Dentro da gestão de caso, em que atuo como enfermeira, realizo PTS junto com assistente social.

P4 (Saúde): [...] o PTS pode ser anual, semestral ou, dependendo de intercorrências, feito em menor prazo.

P13 (Ass. Social): [...] a construção do Plano Individual de Atendimento (PIA) é de acordo com as demandas apresentadas.

P12 (Ass. Social): Esse instrumental é construído com o idoso gradativamente (2018).

Temática 3 - Implementação

Em meio às colocações das profissionais, a implementação dos planos de cuidados pareceu se dar por meio dos atendimentos, das visitas domiciliares e dos encaminhamentos. Na resposta anterior de P12 (Ass. Social), o idoso participa do que parece ser um *continuum* em construção: implementação e avaliação.

Temática 4 - Monitoramento

Com base nas respostas, é possível inferir que o monitoramento dos planos de cuidados é um processo dinâmico, quando os profissionais procuram averiguar alcance das metas planejadas. Uma participante relatou a utilização de um sistema informatizado que auxilia no monitoramento dos planos de cuidados.

P2 (Saúde): [...] esse plano vai sendo avaliado, monitorado e modificado durante as reuniões de equipes.

P5 (Saúde): [...] o monitoramento do PTS do paciente é efetuado através de um sistema que gerencia o caso, pelo qual o Serviço Social é responsável em manter atualizado e apontar as necessidades do paciente, a dificuldade de cumprir o PTS e em fazer a interlocução com as unidades básicas de referência do paciente.

P13 (Ass. Social): [...] há o monitoramento e a avaliação das ações realizadas para alcance dos objetivos propostos (2018).

Temática 5 - Revisão

Percebe-se, por meio das respostas, que a revisão dos planos é realizada de maneira planejada e, quando necessário, de forma dinâmica, de acordo com as necessidades do idoso.

Temática 6 - Avaliação de resultados

A avaliação dos resultados, expressa na resposta a seguir, é realizada de forma dinâmica.

P4 (Saúde): Realizamos comparativo de resultados, os quais nos direcionam à nova elaboração e/ou à manutenção do mesmo plano (2018).

6.1.3 Parte 3: desafios na atenção e nos cuidados à pessoa idosa

Os desafios foram elencados pela pesquisadora e considerados como referentes a um ou mais dos seguintes domínios: **pessoa idosa e sua família, equipe de trabalho, rede intersetorial/políticas públicas**. Buscou-se identificar, dentre os desafios para os cuidados à pessoa idosa, aqueles referentes à gestão de planos de cuidados.

Todos os participantes assinalaram desafios para atenção e cuidado às pessoas idosas e, em menor número, assinalaram desafios quanto à gestão dos planos. Alguns foram reconhecidos por profissionais de ambas as áreas, outros mais reconhecidos por participantes de Saúde ou de Assistência Social, conforme Tabela 6. Posteriormente, foi solicitado que cada participante comentasse os desafios assinalados.

Tabela 6 – Desafios sinalizados pelos profissionais na atenção e nos cuidados à pessoa idosa

Desafios	Domínios			Área de inserção profissional			%
	Pessoa idosa e sua família	Equipe de trabalho	Rede intersetorial /políticas públicas	Saúde	Assistência Social	Total em ambas	
Falta de suportes familiar e social	X		X	9	5	14	100
Dificuldade financeira dos idosos para cobrir necessidades de alimentação, transporte e medicamentos	X			9	4	13	92
Dificuldades no autocuidado dos idosos devido a limitações de ordens física, sensorial, cognitiva, emocional, educacional	X			9	4	13	92
Dificuldade dos profissionais para compreender questões específicas do envelhecimento		X		5	4	10	71
Dificuldade de ir e vir decorrente da falta de acessibilidade arquitetônica e atitudinal		X	X	7	3	10	71
Falta de vagas para atendimentos em outros serviços			X	6	3	9	64
Políticas públicas e direitos sociais não respeitados			X	4	5	9	64

Dificuldade na comunicação entre os componentes da rede de serviços		X	3	4		50
Falta de recursos humanos, físicos e materiais	X	X	4	3	7	50
Fluxos de atendimentos não tão claros	X	X	3	3	6	42
Dificuldades por parte dos profissionais em fomentar a adesão dos idosos ao tratamento proposto	X	X	5	1	6	42
Morosidade em atendimento por parte de outras instituições		X	4	2	6	42
Comunicação não eficiente entre profissionais e instituições	X	X	2	3	5	35
Dificuldade na execução e no compartilhamento dos planos de cuidados estabelecidos	X	X	3	1	4	28
Dificuldade do trabalho em equipe	X		1	3	4	28
Dificuldade nos encaminhamentos para outros profissionais	X	X	1	3	4	28
Dificuldades nos encaminhamentos para outros serviços		X	2	2	4	28
Dificuldade na construção de planos de cuidados	X	X	0	2	2	14

Fonte: questionário on-line aplicado pela própria autora (2018)

Por unanimidade, a falta de suportes familiar e social foi considerada o maior desafio na atenção e no cuidado às pessoas idosas; em segundo lugar, 13 das profissionais (92%) assinalaram a dificuldade financeira dos idosos para cobrir necessidades de alimentação, transporte, medicamentos e, também, o autocuidado devido a limitações de ordens física, sensorial, cognitiva, emocional e educacional; 10 (71%) apontaram a dificuldade dos idosos de ir e vir decorrente da falta de acessibilidade arquitetônica e atitudinal e a dificuldade dos profissionais para compreender questões específicas do envelhecimento. Foi unânime entre as profissionais da Assistência Social os desafios relacionados às políticas públicas, aos direitos sociais não respeitados e à falta de suportes familiar e social.

Com intuito de captar com maior profundidade as percepções dos participantes quanto aos desafios para o cuidado e a gestão de planos de cuidados, foi solicitado que comentassem os desafios assinalados. Das 14 profissionais, 12 (85%) profissionais o fizeram. Os comentários foram analisados em seu conteúdo temático, com base na experiência profissional da pesquisadora e na literatura. As categorias de análise corresponderam aos domínios dos

questionários: **1 - Pessoa idosa e família; 2 - Equipe de trabalho; 3 - Políticas públicas e rede intersetorial.**

Embora, no quadro geral, o item mais assinalado tenha sido a falta de suportes familiar e social, nos comentários, o desafio mais apontado foi o ligado às **políticas públicas** e à **rede intersetorial**: 7 (50%) das participantes relataram insuficiência de recursos para os serviços, de vagas nas instituições, de articulação da rede de serviços; falta de acessibilidade, bem como de sensibilização da população em geral; ausência de políticas públicas em algumas situações específicas; e organização territorial que, muitas vezes, exclui aqueles usuários que estão “fora” da área de abrangência. Seguem algumas respostas escritas ilustrativas:

P7 (Saúde): [...] a falta de transporte [...], condições financeiras são os fatores que causam a não adesão dos pacientes ao tratamento [...]. A falta de respeito das políticas públicas em relação ao idoso impede o avanço dos cuidados e da prestação dos serviços existentes, digo, por exemplo, um ATENDE³³ para o idoso poder ter acesso aos atendimentos fora da área de abrangência em que reside, porque o imobilismo nessa etapa da vida o impossibilita de usar o transporte coletivo. Enfim, readequar as políticas públicas à realidade dos idosos.

P8 (Saúde): [...] a quantidade de vagas disponíveis para atendimento em todos os serviços não é compatível com a demanda. Filas enormes que comprometem o bom andamento dos planos de tratamento multidisciplinar.

P9 (Saúde): O acesso aos serviços também é uma dificuldade, pois alguns serviços são territorializados e muitos idosos não conseguem acessar.

P5 (Saúde): Nem sempre as redes de cuidado se comunicam, o que torna um pouco mais moroso o cuidado.

P3 (Saúde): A meu ver, falta mobilização e compreensão por parte da sociedade no geral para lidar com a população idosa, que cresce a cada dia.

P2 (Saúde): Acredito que as maiores dificuldades encontradas [...] se dão com relação à ausência de efetividade das políticas públicas, principalmente à baixa contratação de trabalhadores nos serviços públicos.

P13 (Ass. Social): [...] a princípio, foi pensado para o idoso ficar por, no máximo, 18 meses [no CAEI], mas, quando está pronto [o idoso] para sair, não tem para onde ser encaminhado; uma moradia autônoma ajudaria, mas falta política pública voltada a essa população. [...] Quando algum idoso

³³ O Serviço de Atendimento Especial - ATENDE foi criado por meio do Decreto nº 36.071, de 09 de maio de 1996, e atualmente é regido pela Lei Municipal nº 16.337, de 30 de dezembro de 2015. É uma modalidade de transporte porta a porta, gratuito aos seus usuários, com regulamento próprio, oferecido pela Prefeitura do Município de São Paulo, gerenciado pela São Paulo Transporte S.A. e operado pelas empresas de transporte coletivo do município de São Paulo e pela cooperativa de táxis acessíveis. Destina-se às pessoas com autismo, surdocegueira ou deficiência física com alto grau de severidade e dependência. [acesso em nov. 2020]. Disponível em: <http://www.sptrans.com.br/atende/sobre-o-atende>.

apresenta algum grau de dependência maior e necessita de encaminhamento, não há vaga em serviço especializado, como a ILPI (2018).

Outras respostas dizem respeito a desafios relacionados aos **profissionais** que atendem as pessoas idosas: 6 (42%) participantes referiram escassez em capacitação e de compreensão sobre o envelhecimento e a velhice por parte dos profissionais:

P5 (Saúde): Em relação à equipe de cuidados, e isso digo com base na minha trajetória profissional em ambientes que não são específicos para idosos, há uma dificuldade em entender as limitações fisiológicas que os idosos apresentam, em relação à audição e à marcha, principalmente. Sempre que possível tento orientar sobre os cuidados quanto à articulação das palavras, ao falar olhando para o paciente e à necessidade de um pouco mais de paciência.

P9 (Saúde): A [falta de] compreensão das equipes técnicas para as intervenções e os encaminhamentos, causando sobreposição de ações e sobrecarregando, por vezes, a família e o idoso.

P14 (Ass. Social): [...] os estereótipos e preconceitos sobre o envelhecimento que acabam interferindo na comunicação e nos encaminhamentos da população idosa. A falta de conhecimento mais aprofundado sobre o envelhecimento e o respeito aos idosos [...] pelos profissionais que os atendem, [que] acabam desrespeitando as políticas públicas e os direitos sociais e, em consequência, trazem um envelhecimento mais empobrecido e disfuncional.

P6 (Saúde): [...] encontramos profissionais de todas as esferas do governo, desde o presidente até um profissional que atende um idoso na casa ou no serviço de Saúde, que não sabem identificar quais são as necessidades dos idosos e, com isso, aparece grande parte dos desafios (2018).

Outros relatos referem-se a desafios ligados à **pessoa idosa e sua família**: 04 (28%) participantes mencionaram desafios relacionados ao suporte familiar e à dificuldade de adesão a tratamentos por parte de idosos e familiares:

P5 (Saúde): Observo, nos atendimentos individuais, de forma constante, a falta de suporte social e familiar, muitas vezes, o idoso não tem condição de vir sozinho à consulta (limitações físicas e até cognitivas), mas, como não tem quem o acompanhe, ele vem assim mesmo. Muitos idosos também possuem dificuldade no autocuidado por serem analfabetos, em relação à medicação ou por apresentarem limitações físicas e dependerem de cuidadores, que nem sempre entendem realmente a função do cuidar ou já apresentam a Síndrome do Burnout.

P11 (Ass. Social): As dificuldades citadas são referentes à falta de adesão do público-alvo e dos familiares nas atividades em grupo. Pensando

individualmente, esbarramos em dificuldade de compreensão dos idosos e dos familiares para o cumprimento das ações propostas pela equipe.

P6 (Saúde): [...] encontramos famílias que não sabem e que não querem cuidar da população idosa.

P7 (Saúde): [...] a falta de suporte familiar e de condições financeiras são os fatores que causam a não adesão dos pacientes ao tratamento. Essas questões são da base de vida do idoso (2018).

As participantes foram questionadas, também, acerca de desafios na região, além daqueles vivenciados na unidade. Três participantes (21%) relataram desafios vivenciados nas unidades locais que correspondem aos desafios verificados na região. Elas reafirmaram a falta do suporte sociofamiliar aos idosos, o não acesso de alguns deles a certos serviços da rede que requerem a existência de cuidador específico e a incongruência no fluxo de atendimento, que culmina em dificuldade para o idoso:

P9 (Saúde): Os idosos têm pouco ou quase nenhum suporte familiar. Em relação à rede de cuidados, existe uma enorme dificuldade em seguir fluxos de atendimentos, o que, muitas vezes, dificulta a vida do idoso.

P8 (Saúde): Ao contar com serviços em outras unidades, com o acesso do idoso a 2 unidades ou mais e, devido à locomoção, mais agendas coincidentes, levam o usuário a priorizar um serviço e deixar de utilizar outro.

P13 (Ass. Social): Idosos em situação de violação de direitos e que necessitam de serviços de alta complexidade da Política de Assistência Social no que tange ao acolhimento institucional como medida de proteção. Serviços de acolhimento institucional para idosos que não contam com suporte de equipe de Estratégia Saúde da Família. Idosos acolhidos que necessitam da Assistência Domiciliar e não podem acessar por não terem um familiar responsável como cuidador, uma vez que o Centro de Acolhida para Idosos só conta com o trabalho de orientadores socioeducativos e não tem nenhum profissional da Saúde (2018).

Quando questionadas sobre a existência de diretriz, protocolo e/ou documento norteador para atendimento às pessoas idosas, metade das profissionais afirmou que existe(m). Foram citados como documentos orientadores: Estatuto do Idoso, Caderno de Orientações Técnicas do Serviço de Proteção Básica para Pessoas com Deficiência e Idosas, Norma Técnica dos Serviços Socioassistenciais, documento norteador da Unidade de Referência à Saúde do Idoso, protocolos da Saúde do Idoso e documento norteador do Programa Acompanhante de Idosos.

Os maiores desafios assinalados e comentários em relação à atenção e aos planos de cuidados à pessoa idosa foram: insuficiência de suportes familiar e social, desde familiares que

não querem cuidar ou não compreendem como fazê-lo até a ausência total deles; dificuldades de ordem financeira, tanto no cotidiano dos idosos quanto dos familiares, o que dificulta a manutenção das necessidades básicas do dia a dia; dificuldades no autocuidado dos idosos devido a limitações de ordens física, sensorial, cognitiva, emocional e educacional; e insuficiente efetivação das políticas públicas.

Os profissionais relataram diversos aspectos relacionados à não efetivação ou à insuficiência das políticas públicas em níveis que dificultam o acesso dos usuários aos serviços e, conseqüentemente, o acesso aos cuidados e aos planos de cuidados, como: falta de mobilização e compreensão por parte da sociedade em geral para lidar com a população idosa em rápido crescimento; falta de infraestrutura em mobilidade urbana; dificuldades de acessibilidades arquitetônica, territorial e atitudinal na comunidade; serviços públicos com demandas reprimidas e baixa contratação de recursos humanos para os serviços; e falhas em comunicação entre as redes de cuidado.

Outros desafios elencados e que se inserem na perspectiva da negação de direitos para o usuário mais vulnerável foram: atenção exclusiva para idosos em territórios de abrangência; insuficiência de vagas em ILPI para idosos frágeis e vulneráveis, fato que sobrecarrega outros serviços de modalidades diferentes, como o CAEI; serviços de Saúde negados, como consultas e atendimento domiciliares, devido à inexistência de cuidador ou a cuidador também idoso.

Ainda de modo menos expressivo, participantes colocaram como desafio para o cuidado: dificuldade de comunicação entre componentes das redes e entre profissionais da mesma equipe e de outros serviços.

Vale apontar, aqui, dissonâncias entre respostas. Quando anteriormente questionadas sobre se sentirem preparadas para o trabalho com as pessoas idosas, 12 profissionais afirmaram que “sim” (se sentiam preparadas), contudo, quando solicitadas a identificar desafios para o cuidado a essa população, 10 profissionais afirmaram que existe “dificuldade dos profissionais para compreender questões específicas do envelhecimento”.

6.1.4 Parte 4: estratégias possíveis para melhoria do cuidado e da gestão de planos de cuidados às pessoas idosas

A partir dos desafios assinalados e comentados pelas participantes, estas foram questionadas acerca de possíveis estratégias para seu enfrentamento. Foi apresentada uma série de propostas, compiladas pela pesquisadora para que os profissionais assinalassem, em múltipla

escolha, com as quais eles concordavam. Ao fim, havia a possibilidade de incluir outras opiniões e ideias, conforme Tabela 7.

Da mesma forma que os desafios para o cuidado e para a gestão dos planos de cuidados, as estratégias foram organizadas e apresentadas para os domínios: pessoa idosa, equipe de trabalho e rede intersetorial/políticas públicas. As respostas foram organizadas levando-se em consideração a área de inserção profissional dos participantes: Saúde ou Assistência Social.

Tabela 7 - Estratégias assinaladas pelos participantes para melhoria da gestão do cuidado e dos planos de cuidados às pessoas idosas

Estratégias	Domínios			Áreas de inserção profissional			%
	<i>Pessoa idosa e sua família</i>	<i>Equipe de trabalho</i>	<i>Rede intersetorial/políticas públicas</i>	<i>Saúde</i>	<i>Assistência Social</i>	<i>Total em ambas</i>	
Melhoria na oferta de educação continuada sobre envelhecimento e temas correlacionados		X		9	5	14	100
Melhoria na oferta de serviços públicos às pessoas idosas			X	9	5	14	100
Sensibilização da população em geral a respeito do envelhecimento			X	9	5	14	100
Maior oferta de recursos econômicos/financeiros para pessoas idosas	X			9	4	13	92
Promoção e fortalecimento do autocuidado para as pessoas idosas	X			9	4	13	92
Maior oferta de recursos humanos, físicos e materiais		X	X	8	5	13	92
Mapeamento, ampliação e fortalecimentos de redes familiares e sociais	X		X	8	4	12	85
Fomento e qualificação do trabalho em equipe		X		8	5	13	92
Melhoria na comunicação entre instituições		X	X	7	5	12	85
Sensibilização da população idosa a respeito do envelhecimento			X	9	3	12	85
Melhoria na comunicação entre pessoa idosa e profissional	X	X		6	4	10	71

Melhoria na comunicação entre profissionais e outros atores envolvidos na construção dos planos de cuidados	X		5	5	10	71
Estabelecimento e pactuação quanto a indicadores de avaliação dos planos de cuidados e melhoria na definição de fluxos de atendimento	X	X	5	4	9	64

Fonte: questionário on-line aplicado pela própria autora (2018)

Por unanimidade, as participantes consideraram que a melhoria do cuidado e da gestão de planos de cuidados às pessoas idosas está ligada a: sensibilização da população em geral a respeito do envelhecimento e da velhice; melhoria na oferta de serviços públicos às pessoas idosas; e melhoria na oferta de educação continuada sobre gestão do cuidado e planos de cuidados aos profissionais e trabalhadores dos serviços.

No que se refere especificamente aos profissionais inseridos na Saúde, todos assinalaram: promoção e fortalecimento do autocuidado pelas pessoas idosas; maior oferta de recursos econômicos e financeiros para pessoas idosas; e sensibilização da população idosa a respeito do tema.

Quanto aos profissionais inseridos na Assistência Social, é possível perceber unanimidade quanto a: maior oferta de recursos humanos, físicos e materiais; fomento e qualificação do trabalho em equipe; melhoria na comunicação entre instituições; melhoria na comunicação entre profissionais e outros atores envolvidos na construção dos planos de cuidados.

Em específico sobre os planos de cuidados, mais da metade dos profissionais assinalaram as estratégias: melhoria na comunicação entre profissionais e outros atores envolvidos na construção dos planos de cuidados; e estabelecimento e pactuação quanto a indicadores de avaliação dos planos de cuidados e melhoria na definição de fluxos de atendimento.

No mais, além das respostas na tabela, nenhuma profissional incluiu outras estratégias de enfrentamento.

6.2 RESULTADOS DO GRUPO FOCAL

No presente estudo, havia sido considerada a realização de duas sessões do Grupo Focal. Todavia, a execução foi revista em sua estrutura e definiu-se a realização de única sessão com tempo ampliado, presumida como suficiente para aprofundar informações obtidas em etapa anterior e favorável à participação de maior número de profissionais, visto que implicaria somente uma saída da unidade de trabalho, com menor prejuízo às agendas dos participantes.

A sessão ocorreu em outubro de 2018, no auditório da prefeitura regional de Cidade Ademar, das 8h30 às 12h. O encontro teve duração de 175 minutos e 39 segundos. Para otimização do tempo, não houve tempo de intervalo, ficando cada participante à vontade para fazer uma pausa individual. Foi organizada uma recepção, o que proporcionou interação, relaxamento de eventuais tensões e aquecimento.

Das quatorze profissionais previstas para participação, uma delas não compareceu, mas enviou um representante, enquanto outra profissional não compareceu nem justificou ausência. Assim, participaram efetivamente da sessão de Grupo Focal 13 participantes, sendo 12 mulheres e 1 homem (representante).

A moderadora principal iniciou o encontro, apresentando regras e cronograma dos trabalhos a serem pactuadas pelos participantes. A seguir, a moderadora assistente contextualizou a pesquisa, tratando brevemente do tema “Gestão de planos de cuidados a idosos”, e teceu breves considerações quanto aos objetivos e à justificativa do estudo. Para iniciar o diálogo do grupo, foram lançadas as seguintes questões norteadoras: *Quais são as dificuldades que vocês identificam na gestão de planos de cuidados a idosos? E de que maneira vocês têm superado essas dificuldades?*

Análise temática e categorização

As falas foram analisadas em seu conteúdo e organizadas por categorias, procurando-se levar em consideração não somente as falas, mas também os contextos de trabalho, bem como expressões de sentimentos e interações dos participantes.

O tema que norteou a leitura e o estudo do material transcrito do grupo foi *aspectos que interferem no processo de cuidado e gestão de planos de cuidados às pessoas idosas: desafios e estratégias propostas pelos profissionais de Saúde e Assistência Social*.

Parte das categorias temáticas identificadas na leitura inicial das informações do Grupo Focal guarda estreita relação com domínios previstos no questionário on-line. Após análise em

profundidade do material colhido, outras categorias foram elencadas, conforme disposto no Quadro 9.

Quadro 9 – Categorias de análise e unidades de registro (Grupo Focal)

Categorias	Unidades de registro	
	Desafios	Meios de enfrentamento
Pessoa idosa	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade de adesão a tratamento e a orientações - Limitações ou dificuldades de ordem intrínseca (limitações de ordens cognitiva, psicológica, funcional, motora) - Limitações de ordem extrínseca (cultural, social, financeira, ambiental, de controle e participação social) - Dificuldade no autocuidado - Preconceito contra a velhice - Empoderamento insuficiente para participação e controle social 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizações - Atendimentos - Encaminhamentos - Cuidado centrado na pessoa - Utilização de instrumentais de avaliação e acompanhamento
Rede de suporte	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade de trabalho com família e/ou insuficiência familiar (baixa adesão familiar, cuidador idoso e/ou com limitações, superproteção familiar, negligência) - Ausência de suporte familiar - Questões financeiras familiares - Ausência de suporte comunitário 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizações - Atendimentos - Trabalho intersetorial
Profissionais	<ul style="list-style-type: none"> - Despreparo dos profissionais - Falta de oferta em educação permanente para profissionais - Relação interdisciplinar e interprofissional 	<ul style="list-style-type: none"> - Educação e trabalho interdisciplinar e interprofissional - Diálogo
Condições de trabalho e estruturas relacionadas aos serviços	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiência de recursos - Política voltada para produção/números 	<ul style="list-style-type: none"> - Manejos internos em agendas
Política e rede setorial	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade interna - Saúde - Dificuldade interna - Assistência Social 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenções locais
Rede intersetorial	<ul style="list-style-type: none"> - Limites setoriais - Dificuldade de diálogo intersetorial 	<ul style="list-style-type: none"> - Diálogo - Nova Portaria
Acessibilidade	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiência de acessibilidade territorial - Insuficiência de acessibilidade atitudinal - Insuficiência de acessibilidade arquitetônica - Falta de acesso a serviços 	<ul style="list-style-type: none"> - Não foram apresentadas estratégias

Fonte: a própria autora (2018)

Do mesmo modo que se sucedeu perante o questionário, falas ilustrativas foram selecionadas e serão apresentadas. Contudo, neste tópico, buscou-se omitir os nomes dos profissionais, quando apareceram, e dos serviços específicos deles, a fim de preservar sigilo e

anonimato das informações, sendo os serviços substituídos por “equipamento de Saúde” ou “equipamento de Assistência Social”.

O assunto “planos de cuidados na área de Saúde e Assistência Social” foi tratado brevemente em material de estímulo no início do encontro, com apresentação geral das políticas públicas para os participantes. Essa explanação foi anterior à moderação do Grupo Focal. Os profissionais concordaram com o teor das políticas, mas se verificou que eles não tinham conhecimento do instrumental da política parceira.

Reafirma-se que, por meio do Grupo Focal, intentou-se, fundamentalmente, aprofundamento das respostas provenientes do questionário. Nessa perspectiva, no decorrer da apresentação dos dados do grupo, em momentos oportunos, foi feita correlação entre as informações obtidas na sessão de Grupo Focal e aquelas derivadas do preenchimento do questionário on-line.

A seguir, serão apresentados os desafios identificados pelos profissionais referentes ao cuidado e à gestão de planos de cuidados aos idosos, seguidos imediatamente pelas estratégias correspondentes.

6.2.1 Categoria 1: pessoa idosa

Desafios

Os profissionais da Saúde relataram que a dificuldade de adesão por parte dos idosos às orientações é um desafio encontrado no cotidiano de trabalho. Algumas vezes, o posicionamento do idoso de não aderir é chamado de “teimosia”. Nessa unidade temática, não foram identificadas opiniões dos profissionais da Assistência Social. Essa situação acaba por provocar sentimento de frustração nos profissionais, como se nota nos relatos.

P3 (Saúde): Às vezes, para ele [o idoso] ter uma melhor locomoção: “Ah, o senhor precisa usar uma bengala, que vai ser melhor” e, às vezes, ele fala que não quer. Tem essa resistência. “Eu não quero”. E aí você mostra os caminhos, os benefícios disso. “Ah, mas o senhor tem um risco de quedas”. Você explica: “É melhor você tomar banho sentado, fazer uma adaptação, aqui e ali”, mas o idoso tem mesmo essa teimosia e resistência.

P6 (Saúde): O idoso, às vezes, ele é muito teimoso; então, ele não quer, ele não aceita. A gente propõe algumas coisas e ele, por uma questão pessoal, cultural, ele não adere. Então, assim, é bastante frustrante.

P14 (Ass. Social): A grande dificuldade que nós encontramos é a adesão do idoso a realizar os acompanhamentos solicitados pela equipe de Saúde (2018, informação verbal).

Outros profissionais reconheceram que **dificuldades e limitações de ordem intrínseca**, como cognitiva, psicológica, de condição funcional e motora, podem, algumas vezes, justificar o não seguimento de orientações e, também, proporcionar dificuldades ao dia a dia do idoso. As dificuldades e limitações do idoso interferem na capacidade de **autocuidado** dele, sendo esse um dos desafios mais considerados pelos profissionais no questionário on-line.

P4 (Saúde): [...] o que a gente vê é que o idoso tem uma diminuição de reflexos, você vê a situação de risco, na rua, das pessoas que estão com carro e que fazem umas coisas absurdas, e você vê, passa cabelinho branquinho, porque ele não consegue mais. Aí, a pessoa fala: “Isso é preconceito”. Eu falo: “Não, isso não é preconceito. Isso é você entender que você envelheceu [...] e você perdeu algumas coisas, e que não dá mais para eu querer achar que eu sou uma garotinha de 20 anos”.

P6 (Saúde): [...] às vezes, junto com o NASF, em discussão, a gente até monta um plano de cuidados para esse idoso, mas tem uma série de dificuldades, às vezes, eles têm limitação física para chegar até a unidade. Então, um grupo de convivência, por exemplo... A gente não consegue inserir ele dentro da própria UBS.

P6 (Saúde): Às vezes o idoso sente que já foi uma pessoa útil, já teve uma autonomia, uma independência. Chega um certo momento da vida que, para ele, não faz mais sentido viver. Então, por mais que você vá mostrando os caminhos, que ele consegue ter uma idade avançada, mas ainda com qualidade, ele não consegue enxergar isso. Para ele, o sentido é: “Eu quero morrer”, porque, para ele, ele está sendo um estorvo ali, um incômodo (2018, informação verbal).

Os profissionais reconheceram que **dificuldades e limitações de ordem extrínseca**, como cultural, social, ambiental, de controle e participação social, também são desafiadoras. Sobre a condição socioeconômica, relataram casos em que o idoso é o principal provedor da família, o que lhe dificulta suprir suas próprias necessidades. Essa condição foi também assinalada no questionário como um dos desafios enfrentados pelos profissionais.

Em relação ao **controle** e à **participação social**, um profissional comentou sobre orientações acerca de uso pelo idoso de canais de ouvidoria em situações em que este percebe que não foi bem atendido por outros profissionais. Em continuação, o profissional falou que, a despeito das orientações, o idoso não se sente empoderado para uso desses canais, para o exercício dos seus direitos, além disso, sente medo de retaliação caso faça alguma reclamação. Sobre a questão cultural, foi colocado que, tanto no âmbito individual como no coletivo, não há um preparo para o envelhecimento e para a velhice, culminando em negação desse processo e em **preconceito contra a velhice**.

P7 (Saúde): [...] eu vejo de dificuldade em relação à parte financeira que é, muitas vezes, o idoso é o provedor da casa. A aposentadoria provê a casa toda. Então, muitas vezes, uma orientação ou necessidade que esse idoso precisa suprir, ele não consegue devido a essa limitação financeira.

P4 (Saúde): [...] A gente orienta muito quando a gente ouve nas casas, assim: “Ah, porque eu fui lá e o médico me tratou mal”, “o médico fez pouco caso”, ou qualquer outro profissional. A gente orienta a ouvidoria. “Ah, não, não. Deixa quieto, porque depois, assim, ele pode me tratar pior”. As pessoas ainda não se empoderaram dessa “formulinha” que é você fazer valer os seus direitos e têm medo de retaliação ainda.

P2 (Saúde): Infelizmente, a população tem muito disso que, quando você faz tudo certo, agradece como se você tivesse fazendo além; quando, na verdade, aquilo era o ideal e era o que deveria estar sendo feito por todos os serviços [...] E a pessoa não tem, infelizmente, isso de “é um direito e tem que ser bem feito”.

P4 (Saúde): O desconhecimento sobre envelhecimento, para mim, é uma coisa que “pega muito forte”, porque a população não está preparada para envelhecer, o idoso não se preparou para envelhecer. Então, assim, a negação do envelhecimento, os paradigmas e os estereótipos do envelhecimento, a própria dificuldade de ele se perceber e de a família perceber (2018, informação verbal).

Estratégias

Os profissionais relataram que adotavam as seguintes condutas diante dos desafios relacionados aos idosos, em ambos os setores: atendimentos individuais, em grupo, encaminhamentos para outros serviços mais ou menos especializados do mesmo setor ou de outros e utilização de instrumentais. É consenso entre o grupo o posicionamento de que, na região de Cidade Ademar, há um satisfatório relacionamento entre os setores da Saúde e da Assistência Social para trabalhar as questões do idoso.

P10 (Ass. Social): [...] nos casos de atendimento individual e em grupo no [equipamento da Assistência Social], a gente tem conseguido trabalhar o idoso, porque eles acham que acabou, porque ele está idoso: “Ah, mas eu não posso isso. Eu não posso aquilo”.

P11 (Ass. Social): São desenvolvidas várias atividades ao longo da semana, que trabalha a cognição, a memória, a questão dos direitos, do protagonismo, o empoderamento [...].

P3 (Saúde): A gente tenta criar esse vínculo, a gente chama de ATI, que é um Atendimento Terapêutico Inicial, que é um grupo dos cuidadores e do paciente. Então, a gente tenta sensibilizar o máximo a importância desse processo de reabilitação [...].

P10 (Ass. Social): [...] São muitos casos em discussão, em acompanhamento conjunto, incluindo a saúde.

P12 (Ass. Social): [...] a equipe articula com os serviços de Saúde, trabalha em parceria para garantir a questão da proteção, porque só uma política é insuficiente para “dar conta” da questão da proteção.

P1 (Saúde): Nunca o [equipamento da Saúde] vai trabalhar sozinho, como vocês [equipamentos da Assistência Social] também não [...]. É uma junção de ofertas que a gente tem na região para esse paciente. Cidade Ademar é rica nisso. Em Cidade Ademar, a gente tem uma rede boa, em que se conversa. A gente sempre está conversando com a Assistência, com a equipe de Saúde, de uma forma geral (2018, informação verbal).

Os instrumentais de avaliação e acompanhamento utilizados pelos setores de Saúde e Assistência Social foram também mencionados no questionário.

Durante o grupo, alguns profissionais da Saúde afirmaram utilizar AMPI-AB, matriciamento, gestão de casos e PTS; profissionais da Assistência Social mencionaram matricialidade sociofamiliar, PIA e PDU. A seguir, falas ilustrativas dos participantes da Saúde:

P6 (Saúde): Então, a gente tenta, por exemplo, fazer a AMPI e encaminhar para a URSI (Unidade de Referência à Saúde do Idoso).

P1 (Saúde): Tem os matriciamentos que a gente faz, essas trocas vão acontecendo nesses espaços. Tentamos fazer mensal com AD. Com a URSI, também, mensal. Com as meninas do PAI é uma reunião a cada 2 meses, também, para discutir os pacientes inseridos. E o restante, ou por e-mail, telefone.

P1 (Saúde): Temos a gestão de casos que acontece na UBS tradicional [...]. Para os pacientes crônicos, acamados, restritos, que não conseguem ir até a Saúde, nós vamos até a residência. Claro, não é com as mesmas idas que o PSF, porque a gente faz um plano de cuidado, dependendo do comprometimento, a cada 2, 3, 4 meses.

P4 (Saúde): No nosso trabalho, a gente trabalha com o Plano Terapêutico Singular. E ele é composto por duas etapas. Tem uma fase inicial, que é quando o idoso chega e, depois, as revisões. E, aí, cada um tem particularidades diferentes (2018, informação verbal).

Agora, falas dos participantes da Assistência Social:

P13 (Ass. Social): A gente trabalha muito a matricialidade sociofamiliar. Então, a gente trabalha com a rede socioassistencial [...], nessa família tem criança, tem idoso, tem pessoa com deficiência? Então, quais são os serviços que eu consigo trabalhar essas demandas dessa família? Você acaba vendo um todo.

P12 (Ass. Social): No [equipamento da Assistência Social] é construído, com o idoso e com a família, o Plano de Atendimento Individual. Então, ele é gradativo [...], é construído com esses idosos esse Plano de Atendimento Individual [...], no final tem um projeto de vida.

P11 (Ass. Social): quando esse idoso adoece, a gente faz a visita domiciliar e, quando ele passa a não vir mais para o serviço, a gente o insere no Plano de Desenvolvimento do Usuário, que é um plano de cuidado com esse idoso, no domicílio. Atender, tentar dialogar com a família, entender qual o cuidado de que ele necessita. E, a partir daí, tentar desenvolver (2018, informação verbal).

A saber, nenhum profissional da Assistência Social relatou utilizar o PAF.

O cuidado centrado na pessoa configura-se outra estratégia utilizada pelos profissionais para lidar com os desafios. Os profissionais afirmaram olhar com especificidade cada idoso, seu contexto, suas necessidades e respeitar sua autonomia, mesmo que a decisão seja pelo não tratamento, pela não adesão a alguma orientação.

P6 (Saúde): A gente tenta entender qual é essa dificuldade [...], tenta buscar alguém para ajudar, se não tem, tem casos de a gente desenhar: desenhar um solzinho da manhã, um pratinho, que é na hora do almoço, com uma colherzinha, uma lua que representa a noite. Então, a gente tem que buscar estratégias para poder tentar garantir, minimamente, que ele vai conseguir ter um seguimento [...], tem caso que nem desenhando, nem fazendo [...], a gente fala: “Ah, é uma escolha. O ser humano também tem a opção de escolher”. Tem paciente que fala: “Eu não vou fazer o tratamento”, “Não adianta fazer, falar, eu não vou fazer”.

P7 (Saúde): É ter uma fala mais articulada, uma orientação simples, mas muita gente não tem isso.

P3 (Saúde): E a gente vai se colocar no lugar do outro. Eu acho que a empatia [...], de você saber que você também tem um idoso na sua casa e de você ter consciência de que você também vai ficar idoso.

P1 (Saúde): ela [a idosa] fez uma reunião com a família e falou: “Eu não quero descobrir o que eu tenho e não quero nenhum tratamento”. Então, assim, eu acho que eles também sabem os seus limites. “Eu não quero que seja nada mais invasivo” [...], e a gente respeitou. [...] Ela tem a saúde mental preservada (2018, informação verbal).

A criatividade e a disponibilidade no cuidado centrado no idoso foram exemplos para melhor atendê-lo:

P7 (Saúde): [...] nesse caso [idoso acamado], falei: “Não tira o idoso do carro”. Eu atendi dentro do carro, porque estava frio ainda. Então, eu falei: “Fica aí. Eu vou até aí” (2018, informação verbal).

Em alguns momentos, devido às demandas apresentadas pelos idosos, profissionais e instituições, por vezes, realizam ações que estão fora das diretrizes regulamentadas. Um exemplo apresentado foi o de um profissional da Assistência Social, que relatou o fato de o serviço não realizar, a princípio, acompanhamento do idoso a serviços de Saúde. Porém, devido à necessidade do usuário, o serviço libera profissional para realizar essa atividade.

P13 (Ass. Social): [...] é um serviço [Assistência Social] que vai além dos limites dele. O profissional vai acompanhar o idoso lá no ICESP [Instituto do Câncer do Estado de São Paulo], é o dia inteiro com esse idoso, para, depois, retornar, porque ele não tem condições mais de estar sozinho (2018, informação verbal).

Para desconstruir estereótipos, um profissional mencionou realização de reuniões para sensibilização e educação sobre o tema, com idosos, familiares e equipe de trabalho.

6.2.2 Categoria 2: rede de suporte

Desafios

Os profissionais referiram diversos desafios ligados à rede de suporte, dentre eles os ligados à família, seja referente ao trabalho com alguns familiares, seja quanto à ausência de suportes familiar e social. Eles apresentaram a dificuldade de manejar certas situações, como baixa adesão de familiares às orientações, às vezes devido ao fato de o próprio cuidador ser idoso, também apresentar dificuldades ou algum tipo de limitação ou encontrar-se sob estresse ou esgotamento físico. Outras situações incluem familiares que trabalham fora e não há outras pessoas para auxiliar no cuidado ao idoso, conflitos familiares que dificultam o relacionamento idoso-familiar e, em casos mais graves, abandono e negligência. No questionário, os desafios ligados à rede de suporte sociofamiliar foram apontados pelos profissionais como maior desafio para o cuidado e a gestão de planos de cuidados aos idosos.

P2 (Saúde): [...] tem cuidadores que têm tantas limitações quanto o próprio paciente. [...] nem todas as famílias conseguem fazer esse tipo de suporte ou querem oferecer. Isso vai desde a família que tem condições como aquela que não tem. Não é só o fator financeiro que interfere. Até em relação a laços, a gente tenta entrar, mas nem sempre consegue. Porque, quando tem um conflito, fica quase impossível seguir qualquer plano de cuidado

P10 (Ass. Social): [...] há muita resistência para a família cuidar desse idoso, eu acho que essa é a maior dificuldade.

P3 (Saúde): Eles [os familiares] entregam muito o cuidado do idoso, acho que, muitas vezes, nas nossas mãos, e esquecem que essa responsabilidade é deles também.

P12 (Ass. Social): [...] O que eu percebo de dificuldade é trabalhar com essa família a questão dos cuidados. [...] exemplo, se o idoso passa mal no espaço [equipamento da Assistência Social], você vai trabalhar esse familiar para ir até o hospital para dar esse suporte. Muitas vezes, o caso vai parar no serviço social, para sensibilizar esse familiar. Desde o início já é sinalizado para a família que o serviço não substitui o papel da família. Outra questão que eu percebo de dificuldade é que 80% dos cuidadores são idosos. Então, tem a questão da sobrecarga.

P6 (Saúde): O suporte familiar também é outra questão muito complexa, porque a gente, enquanto serviço [da Saúde], a gente tenta buscar colaboração com familiar, mas às vezes é uma questão de rompimento de vínculos (2018, informação verbal).

Um participante mencionou um caso de um idoso cujo único cuidador familiar também era idoso e não havia outro acompanhante disponível para apoio, fato que implicou negação de acesso a alguns serviços.

P12 (Ass. Social): [...] O idoso era acompanhante de uma outra idosa que tinha Alzheimer. E ele era acompanhado pela [Serviço Especializado da Saúde]. Ele foi desligado de lá, porque ele não tinha um acompanhante. Aí, foi procurar um neuro, o neuro não atendeu o idoso, aquele casal, porque ele não tinha outro acompanhante, e ele estava sem remédio (2018, informação verbal).

À semelhança dos casos de exclusão sofrida pelos idosos que possuem cuidador também idoso, nos casos em que não há nenhum tipo de suporte, o acesso também é negado.

P2 (Saúde): São muitos os serviços, hoje, que, se o paciente não tem cuidador, ele não pode ser atendido. No AD, na URSI, ele não pode ser inserido. O critério “não tem cuidador” é porque precisa ter esse respaldo. A gente também entende que, com isso, acaba excluindo. Só que, aí, tem aqueles dois lados. Você vai orientar quem? Que é o que sempre a equipe pergunta: “Eu vou orientar quem?”. E aí algumas políticas acabam excluindo uma parte da população que, talvez, era a que mais necessitava delas (2018, informação verbal).

A superproteção também gera dificuldade de trabalho com alguns familiares. Nesses casos, o idoso tem suas necessidades atendidas, mas o excesso de cuidados acaba por sufocar uma possível evolução ou a recuperação da independência.

P3 (Saúde): Os familiares acham que eles têm que fazer tudo pelos idosos, que eles não são capazes de ir retornando a esse processo de funcionalidade (2018, informação verbal).

No contexto familiar, as **condições socioeconômicas** que envolvem os familiares também foram apontadas como desafios.

P10 (Ass. Social): [...] a família não vai [acompanhar o idoso] por uma vulnerabilidade; não cuida, porque precisa trabalhar. Não acompanha, porque: “Ah, se eu faltar, nós não vamos render”.

P6 (Saúde): Às vezes, uma única pessoa da família que consegue se responsabilizar, essa pessoa tem que trabalhar também, para poder garantir o sustento desse idoso e dos demais componentes da família. Então, a gente também não vai obrigar essa pessoa, “você é obrigada”, porque a gente entende que a pessoa também precisa trabalhar (2018, informação verbal).

A questão do **suporte social comunitário** foi lembrada pelos participantes ao mencionarem situações opostas: uma idosa que contava com apoio de vizinhos e amigos para suas atividades do dia a dia, bem como escasso suporte de vizinhos (da comunidade) aos idosos.

P7 (Saúde): Eu concordo em questão desse suporte social. Tem uma deficiência muito grande [...], às vezes da vizinhança mesmo.

P11 (Ass. Social): Realizamos acompanhamento a uma idosa que tem autonomia, lucidez. Era uma pessoa que não tinha uma deficiência intelectual. E ela sempre decidiu: “Eu consigo me virar sozinha. Eu tenho ajuda do vizinho, do amigo” (2018, informação verbal).

Estratégias

As estratégias apresentadas pelos profissionais para enfrentar os desafios ligados à insuficiência ou à ausência de suporte sociofamiliar foram: oferta de atendimentos com familiares, sensibilizações sobre cuidados e sobre a questão do cuidador, responsabilidade e realização de trabalho intersetorial Saúde-Assistência Social, com acionamento de outros serviços, como os do judiciário. No movimento que envolve os encaminhamentos pelos setores, percebe-se que, mesmo em casos extremos, as equipes de Saúde e Assistência Social continuam a acompanhar os casos que estão em instâncias judiciais ou são requisitados a efetivar ações orientadas pela Justiça. Sobre os atendimentos e as sensibilizações, os participantes colocaram:

P6 (Saúde): A gente tenta, na medida do possível, construir vínculo com a família. [...], para ela confiar na gente, que estamos querendo melhorar a condição daquele idoso, tanto para o próprio idoso quanto para a família. Então [...] tentamos fazer com mais ênfase esse vínculo no nosso dia a dia.

P12 (Ass. Social): Temos um encontro mensalmente [...], explicando um pouquinho da questão dos cuidados; às vezes, a gente aborda alguns temas que são diários [...], questão sobre suicídio, sobrecarga, violência. Então, a gente vai trabalhando tudo isso com esses familiares. Quando [...] a família traz fala de cansaço, é feito um atendimento pontual, individual (2018, informação verbal).

Em relação ao trabalho intersetorial, mencionaram:

P1 (Saúde): Quando ele [o idoso] não tem nada disso [suporte familiar] em casa, aí a gente “corre” para o suporte da rede.

P2 (Saúde): [...] a gente tenta normalmente levar para o cuidador. [...] Tenta fazer essa sensibilização. Nem sempre dá certo, a gente tenta responsabilização, conscientização de que o paciente tem o direito ao cuidado, que é função do Estado, da família e da sociedade, traz a questão do Estatuto do Idoso. E aí, em último, a responsabilização legal [...], dependendo do grau de parentesco, ele é o responsável. Então, se não for amigavelmente, vai acabar sendo legalmente.

P4 (Saúde): E lá [equipamento especializado da Saúde] a gente usa convocação, acolhimento de família. Em segunda instância, acolhimento dessa família na UBS. Em terceira instância, acolhimento dessa família no CREAS NPJ. E, aí, a decisão dos três equipamentos de encaminhar para o Ministério Público, mas a gente pode dizer que, assim, 80% a gente consegue resolver só com os primeiros passos. [...] normalmente, o que acontece depois que vai para o Ministério Público, ele chama para o acolhimento lá e devolve para a gente. Aí, o promotor fala assim: “Então, Saúde, faça isso. Assistência, faça aquilo”. Então, assim, aquilo que você pediu ajuda, eles devolvem.

P12 (Ass. Social): [...] na realidade, agora, não está sendo mais nem judicializado [casos em que o idoso não possui cuidados pela família e se encontra em risco]. É tudo mediação e conciliação. Então, por exemplo, temos um caso que é idosa em situação de extremo risco, e a promotora: “Olha, é 6 meses para mediar”. Eu falei: “Mas a idosa não vai aguentar 6 meses”. Então, tivemos, na realidade, que criar estratégia com vizinhos para “dar conta” dessa demanda. Esse caso está em conciliação até a data de hoje e o serviço não tem devolutiva do Ministério Público dizendo: “Olha, tal situação está assim”. O serviço fica “no escuro” também em relação a isso, porque elas [profissionais do Ministério Público] também não podem passar maiores informações. A mediação é sigilosa (2018, informação verbal).

6.2.3 Categoria 3: profissionais

Desafios

Os participantes afirmaram que o despreparo dos profissionais que atendem a população idosa em sua diversidade, em sua singularidade e a partir de seus contextos, desde trabalhadores

de recepção até profissionais técnicos, é um desafio para a efetivação dos cuidados e planos de cuidados. No questionário, essa questão foi referida como uma das mais desafiadoras.

P6 (Saúde): [...] tem muitos que estão no serviço, mas que, às vezes, não tiveram uma formação específica, então, ele não vai ter mesmo esse olhar, esse cuidado para com a pessoa idosa.

P7 (Saúde): E eu acho que, muitas vezes, os profissionais de Saúde não estão orientados, preparados para receber esse idoso na unidade, porque esse cuidado começa desde a entrada do idoso na unidade [...] muita gente começa a gritar com o idoso, como se fosse surdo, mas não é [...], não respeita o tempo do paciente, a opção do paciente e a opção da família.

P13 (Ass. Social): [...] uma das maiores dificuldades para trabalhar com os planos é a condição da singularidade: quem é esse idoso, de onde vem, os processos históricos, porque tudo é construído dentro desse núcleo familiar (2018, informação verbal).

Outro desafio apontado pelos participantes foi referente à relação entre profissionais de mesma equipe, em que foram colocadas competência insuficiente e falta de proatividade por parte de outros componentes da equipe para o fomento de autocuidado pelos idosos.

P4 (Saúde): [...] um auxiliar de enfermagem falou para mim que não vai mais fazer o curativo, porque a paciente não colaborava, “Ah, não vou mais fornecer material, porque é desperdício” (2018, informação verbal).

Em outras situações de despreparo, os profissionais relataram casos em que colegas de trabalho se esquivaram de assumir responsabilidades ao elegerem critérios próprios, muitas vezes pautados em pré-julgamento e preconceito em relação aos idosos, o que dificulta e/ou nega o acesso aos direitos por parte desses idosos.

P4 (Saúde): [...] a gente percebe muita dificuldade, às vezes, na execução das ações por parte dos profissionais, dificuldade do próprio profissional com o envelhecimento [...], “Ah, não, isso aqui eu não estou fazendo, porque ele não quer”. E, aí, você percebe que, às vezes, é o próprio profissional que está com essa dificuldade de fazer a ação. E eu já ouvi de clínicos falando assim: “Ah, você quer colocar aparelho para ouvir? Mas eu já vou te avisar: o aparelho vai aumentar muito a tua audição. Você vai ter tontura, vai ter dor de cabeça, vai ter mal-estar. Será que você quer isso mesmo?”. Ou seja, você já convenceu que ele não deve procurar o otorrino. “Ah, e fora isso, vai demorar muito para sair esse aparelho”, “Então, deixa para lá. Então eu não vou continuar”. Então, você vê muito isso, boicotes para a terceira idade.

P2 (Saúde): [...] você não se sentiu bem, porque a casa [do usuário] não era [...] o seu padrão, que você [referindo-se a outros profissionais do serviço] está acostumado; isso não é critério.

P13 (Ass. Social): [...] o serviço que você está é para garantir o acesso à Saúde; você nega quando fala: “Eu não volto mais. A casa [do usuário] não é adequada. A postura da família não é adequada”. E, aí, eu, que deveria garantir esse direito, violo, porque nego esse acesso (2018, informação verbal).

Duas profissionais referiram dificuldade da equipe em lidar com temáticas ligadas ao envelhecimento: cuidados paliativos e finitude.

P7 (Saúde): Uma deficiência na Saúde é essa questão do cuidado paliativo. A gente não tem isso. Só em grandes centros, tipo HC, UNIFESP.

P4 (Saúde): O que a gente projeta? Como é que vai ser a minha finitude? Qual a qualidade de vida? [...] acho que é muito pouco discutido isso, até nos próprios serviços de Saúde. [...] ainda é um tabu o envelhecimento (2018, informação verbal).

Um profissional apontou sobre a falta de protocolos de atendimento específicos à pessoa idosa como desafio. No questionário, metade dos participantes afirmou não possuir ou seguir qualquer tipo de documento norteador ou norma.

P9 (Saúde): O que eu percebo no meu serviço, na minha vivência do dia a dia, é que não tem um protocolo para seguir, com o cuidado específico ao idoso (2018, informação verbal).

Estratégias

As estratégias identificadas pelos participantes para enfrentamento dos desafios relacionados à equipe referem-se ao resgate da atenção e do cuidado como direito do idoso, por meio de tentativas de diálogo e sensibilização de colegas em reuniões, incluindo a questão da empatia.

P2 (Saúde): A gente tem que resgatar que todos estamos ali para o bem do paciente, qual o papel dos serviços, que é um direito dele aquele serviço. E, principalmente, trabalhar a empatia.

P7 (Saúde): Às vezes você consegue trabalhar isso [“boicote” de profissionais a certos atendimentos/perfis de idosos] muito melhor: “Olha, é muito fácil você entrar na casa bonitinha, que todos os cuidadores são bem-educados, te tratam bem e compreendem todas as orientações. É ótimo. Só que a realidade em nosso território, em sua grande maioria, não é essa”. Então, a gente sempre falou assim: “Ou você muda a sua postura ou você muda de território para trabalhar, senão você não vai conseguir”. Porque, se for para o serviço entrar para piorar a situação dele [do idoso], é melhor não ter. Tira da rede (2018, informação verbal).

A estratégia referida pelos profissionais diante da insuficiência de preparo e de educação permanente é a efetivação desse processo a todos os profissionais dos serviços. Os temas relacionados a cuidados no geral, bem como a cuidados paliativos, foram citados como temas a serem tratados. Essa necessidade também foi expressada quando um participante afirmou criar meios próprios na falta de documento norteador, como a empatia pelo usuário idoso, a fim de conseguir atendê-lo.

P6 (Saúde): Eu vejo que teria que ter uma formação melhor do profissional, para esse cuidado voltar para o idoso.

P7 (Saúde): [...] uma deficiência na Saúde é essa questão do cuidado paliativo. A gente não tem isso. Só em grandes centros, tipo HC, UNIFESP que tem. E nós, do serviço básico, deveríamos ter ou preparar o profissional para isso. Porque nós somos capacitados a fazer tudo até o fim. E, às vezes, não respeitar o tempo do paciente, a opção do paciente e a opção da família, é complicado.

P9 (Saúde): Eu acho que nós, enquanto profissionais, que estão ali junto do paciente, a gente usa “meio que uma varinha de condão”. A gente vai fazendo o máximo que a gente pode fazer, enquanto profissional, para ajudar essa pessoa, para conscientizar essa família, mesmo sem a gente ter respaldo de um documento norteador ou de um protocolo direcionado mesmo, para o idoso. E a gente vai usando essa questão de se colocar no lugar do outro. É a empatia, de você saber que você também tem um idoso na sua casa; é ter consciência de que você também vai ficar idoso (2018, informação verbal).

6.2.4 Categoria 4: condições de trabalho e estruturas relacionadas aos serviços

Desafios

Dentre os desafios identificados pelos participantes, incluem-se: dificuldades dos serviços, tanto da Saúde quanto da Assistência Social, em responder à crescente demanda, organizar a dinâmica de trabalho e corresponder ao previsto pelas políticas, devido à insuficiência de recursos humanos, materiais e transporte. Essa questão também foi mencionada no questionário por metade dos profissionais.

P11 (Ass. Social): De um modo geral, a estrutura que a gente tem hoje, falando em política pública, a gente sabe que é tempo de desmonte de políticas sociais, a gente vai encontrar. Isso reflete muito na gente como profissional e, principalmente, para o usuário.

P13 (Ass. Social): [nos casos citados em que não há suporte familiar e que há quadro cognitivo e/ou físico prejudicado] eu acho que vem uma sobrecarga para os profissionais do [equipamento da Assistência Social], o psicólogo e o orientador socioeducativo têm que passar a acompanhar esses

idosos [em procedimentos da Saúde]. A gente tem uma equipe mínima para poder acompanhar os idosos.

P7 (Saúde): Tem essa insuficiência de recursos, tanto profissionais quanto de transporte (2018, informação verbal).

A insuficiência de recursos humanos acaba por dificultar a rotina de trabalho das equipes, que não conseguem executar todas as ações consideradas importantes; se fosse o contrário, conseguiriam distribuir melhor os profissionais ao longo do tempo e das ações.

P10 (Ass. Social): O que dificulta realizar reuniões entre a rede para matricialidade são as demandas; a gente não conseguiu, na agenda, ainda, fazer isso, mas a intenção é que tenha.

P2 (Saúde): [...] esse trabalho poderia ser melhor, conseguir trabalhar mais, articular mais, reunir mais para discutir os casos; acaba ficando certa deficiência aí [...], a gente vai arrumando meios. Então, você vai ligando, porque você não consegue agendar uma visita, às vezes, porque, ou não tem carro, não atende, ou não tem agenda, ou não tem outro profissional para ficar no serviço (2018, informação verbal).

Os profissionais da Saúde também mencionaram como desafio relacionado às políticas públicas o tempo escasso previsto para que os profissionais conduzam seus atendimentos. As metas de produção que os profissionais devem cumprir contrariam a necessidade de um tempo maior para atendimento satisfatório dos idosos. É consenso entre os profissionais o descontentamento com esse processo de trabalho sistemático em torno de produção, que parece acarretar um sentimento de sobrecarga e incompletude aos trabalhadores.

P7 (Saúde): A gente tenta extrapolar um pouco, mas, se a agenda está muito cheia, se tem um monte de paciente, você não consegue ter o que esse idoso precisaria, que, às vezes, é um tempo maior.

P8 (Saúde): Às vezes, aconteceu alguma coisa importante que ele queira compartilhar e não tem com quem compartilhar. Então, assim, eu vejo muito. A gente fica sobrecarregado em relação a números e a gente acaba não dando um olhar especial para o paciente.

P9 (Saúde): O que eu percebo é que a política de atendimento individual, do profissional, da equipe multi, no geral, hoje em dia, são números, números, números [...], tem consulta médica que é de 8 minutos, 15 minutos. O que um médico vai avaliar num paciente em 8 minutos? O que um dentista vai avaliar em 8 minutos? [...] ainda tem a dificuldade de concentração do idoso que não leva o acompanhante. Aí ele simplesmente faz um exame físico, de qualquer jeito, entrega uma receita com 15 itens de remédio [...]: “Ah, passa lá na sala de enfermagem” [...], assim não complementa a consulta.

P9 (Saúde): É um grande desafio nosso fazer o idoso e o acompanhante entenderem tudo aquilo em “x” minutos (2018, informação verbal).

Estratégias

Algumas poucas profissionais relataram estratégias de enfrentamento para o desafio relacionado à falta de recursos e ao tempo escasso para atendimento. Uma das falas faz supor que a resposta a essas problemáticas estivesse nas mãos dos profissionais, como por exemplo, ao adotarem uma postura empática e atenciosa. Outro profissional colocou que seria uma questão a ser resolvida pelas políticas, de modo a valorizar mais os profissionais de alguma forma. No questionário, a provisão de recursos e melhores ambientes de trabalho foram algumas das questões mais frequentemente assinaladas como estratégias para melhoria do cuidado e planos de cuidados, mas os participantes não chegaram a explicar, nem mesmo no Grupo Focal, formas para promover essas demandas às instâncias competentes.

P1 (Saúde): Eu acho que, assim, é você ter um profissional que tem a empatia, que seja humano. Eu duvido que a P9, com 15 minutos, consiga “dar conta” de tudo. Ela vai ultrapassar os 15 minutos. O meu atendimento é de 20 minutos. Eu fico, às vezes, 1 hora com o paciente. Tenho que dar números? Tenho. Mas eu acho que é aquilo: o que adianta eu começar uma conversa e não finalizá-la? Então, assim, esse olhar é do ser humano, não é do serviço. É de quem está atendendo.

P9 (Saúde): Então, a gente lida com o ser humano e eu acho que a gente quer ter mais políticas de Saúde que deem mais valor para o profissional.

P2 (Saúde): E até esse trabalho [um dos serviços de Saúde] poderia ser melhor, conseguir trabalhar mais, articular e reunir mais para discutir os casos; acaba ficando certa deficiência aí. É o que a gente falou, a gente vai arrumando meios. Então, você vai ligando, porque você não consegue agendar uma visita, às vezes, porque, ou não tem carro, não atende, ou não tem agenda, ou não tem outro profissional para ficar no serviço (2018, informação verbal).

6.2.5 Categoria 5: política e rede setorial

Área da Saúde

Desafios

Dentro das Unidades Básicas de Saúde e em alguns outros serviços desse setor, alguns profissionais mencionaram no Grupo Focal a questão da falta de diálogo quanto aos fluxos, o que causa atuações em duplicidade para o mesmo usuário e perda de tempo do idoso vagando entre os serviços, contribuindo, também, para a falta de vaga para outros idosos. Salienta-se que, no questionário, metade dos participantes apontou problemas de comunicação entre os componentes das redes de serviços.

P3 (Saúde): [...] às vezes não tem conversa [entre a rede]. Acaba os 2 serviços fazendo a mesma função ali. Por exemplo, os idosos com uma sequela de AVC. Eles passam na UBS com o clínico, que encaminha para o neurologista e a reabilitação, em paralelo. Quando eles passam com o especialista, ele dá um encaminhamento para fisioterapia de novo. E, aí, é agendado. Só que esse idoso, às vezes, nem sabe do que se trata. Ele está inserido e vai de novo para avaliação. Então, acaba tirando vaga de um outro paciente (2018, informação verbal).

Outra questão mencionada são os desafios encontrados para a gestão dos planos de cuidados no dia a dia, o PTS.

P1 (Saúde): Montar um PTS não é fácil. Enquanto [equipamento da Saúde], a gente tem quase 62 mil prontuários. Eu não consigo identificar quantos deles são idosos, porque a gente não consegue mesmo, enquanto estrutura, [...] eu acho que a maior dificuldade na implementação do PTS é a gente pensar nos serviços que a gente vai direcionar, se a Saúde, se a UBS não consegue dar conta (2018, informação verbal).

Estratégias

As estratégias mencionadas pelos profissionais para “driblar” a dificuldade de diálogo entre os serviços, assim como é feito nos casos, incluem: a realização de reuniões de matriciamento entre a Atenção Básica e os outros serviços da rede, assim como estabelecimento de outros tipos de contato: via e-mail ou telefone.

Outras estratégias para auxiliar na condução do usuário é a tentativa de conhecê-lo, realizar melhor encaminhamento por meio da AMPI e acompanhá-lo com o PTS.

P8 (Saúde): Quando eu consigo pegar algumas coisas [questões que o paciente traz], a gente tenta sensibilizar o idoso para voltar para a UBS, então, entrando em contato, a gente acaba conversando para ver se consegue algum plano de acolhimento ou uma atenção especial para esse paciente.

P1 (Saúde): A AMPI é uma avaliação muito rica, em que a gente consegue entender um pouquinho de como está sendo o envelhecimento desse idoso [...]. Quando a gente faz a AMPI, a gente acaba encaminhando alguns pacientes para a URSI, ela faz o PTS desse paciente e sinaliza a UBS. “Ele vai precisar de fono, terapeuta ocupacional, fisioterapia” e é onde a gente vai “pegar” esse paciente no retorno à UBS. “Está indo para a URSI? Como que está sendo o acompanhamento lá?” [...]. A avaliação do PTS é esses feedbacks que a gente acaba tendo dos serviços que a gente encaminha. E, claro, olhando o prontuário, verificando o que foi feito em atendimentos. Se eu falar para vocês que eu consigo olhar todos os PTS em dia, não dá, gente. São muitos pacientes, mas a gente vai tentando organizar (2018, informação verbal).

Sobre o grande número de usuários idosos na Atenção Básica e o desafio de acompanhá-los, um profissional apresentou algumas intervenções práticas com identificação de prontuários:

P1 (Saúde): Nós criamos a estratégia, agora, de colocar no prontuário uma etiqueta, sinalizando que aquele prontuário pertence a um idoso. E, aí, a gente consegue olhar a AMPI a cada 6 meses ou a cada 1 ano, porque todos os prontuários são iguais e só quem pode mexer no prontuário é a equipe técnica. O administrativo não pode. Então, para a gente poder, também, localizar esse idoso depois. Aí, a gente colocou algumas “carinhas”. “Esse idoso fez a AMPI?”, uma cor. “O idoso está no PAI?”, uma cor. “O idoso foi para URSI?”, uma corzinha diferente. Então, são 3 carimbos, porque todo mundo que tiver acesso àquele paciente na UBS vai saber quais os encaminhamentos que foram dados. Isso vai ser moroso pela quantidade de prontuários, mas a gente está começando a fazer isso (2018, informação verbal).

Assistência Social

Desafios

O desafio apontado pelos profissionais da Assistência Social dentro do setor foi sobre o manejo do PIA com o idoso:

P12 (Ass. Social): [...] no PIA, ao final, tem o projeto de vida. Quando o profissional trabalha essas questões com o idoso, muitas vezes, ele fala: “Eu não tenho projeto de vida. Eu conquistei tudo”. Mesmo a gente tentando, não a longo prazo, mas a curto prazo, é difícil para eles criarem um projeto de vida, porque muitos já pensam no fim, que querem o fim, até mesmo pela questão do isolamento, pela questão da própria solidão, já perderam vários membros da família e amigos. Então, você tem essa dificuldade de construir esse projeto com os idosos (2018, informação verbal).

Estratégias

Os participantes da Assistência Social apontaram estratégias, de maneira similar às ações realizadas em prol do idoso, como a utilização da matricialidade sociofamiliar, o PIA e o PDU. Já para a questão mencionada sobre a dificuldade em construir planos de cuidados com os idosos, um profissional relatou estratégia de trabalho com o usuário, como a construção de metas a curto prazo.

P12 (Ass. Social): Então, o que a equipe tenta pensar é a curto prazo [sobre PIA, quando idoso refere não ter projeto de vida]. Talvez, conhecer um local diferente, um objeto que ele queira conquistar que ele ainda não conquistou. Porque, se a gente pensar a longo prazo, é lógico que ele não vai criar uma estratégia, porque ele já pensa que está no final, 92 anos, 94 anos de idade. Então, assim, eles não criam sempre a curto prazo; para eles conseguirem

alcançar e até mesmo para estimular. “Pretendo comprar isso, comprei”; então, assim, “Vamos pensar em outro objetivo” (2018, informação verbal).

6.2.6 Categoria 6: rede intersetorial

Desafios

Profissionais da Assistência Social, de equipamentos da atenção especial, mencionaram situações em que os limites setoriais e a dificuldade de diálogo intersetorial restringiram acesso de usuários a atendimento de Saúde. Eles citaram como exemplo usuários institucionalizados com limitações para comparecer aos serviços de Saúde, tendo em vista que não conseguiam deslocamento de profissionais da Saúde para atendê-los na ILPI, por não contarem com cuidador específico, mas somente com orientador socioeducativo, que cuida de vários usuários. Mesmo após tentativa de diálogo entre serviços de Saúde e Assistência Social, não houve solução. Essa questão foi abordada no questionário pelos participantes, afirmando ser uma problemática da região.

P13 (Ass. Social): [...] uma das maiores dificuldades para os planos são os limites das políticas setoriais. Então, a Assistência tem os limites dela de atuação, a Saúde tem, assim como as demais políticas.

P14 (Ass. Social): Nós temos idosos lá que a cognição está bem rebaixada. E nós não temos um transporte; não é culpa da Saúde, também. A culpa é do convênio. Às vezes, nós temos que pegar nosso próprio carro para levar o idoso até a UBS. E a gente não consegue que a Saúde vá até o [equipamento de Assistência Social] para fazer um atendimento dos idosos.

P13 (Ass. Social): A gente teve um caso recente [num equipamento da Assistência Social] que a idosa ficou acamada. Ela hospitalizou, perdeu a questão de deambular e voltaria para o [serviço], pois ela já estava de alta há muito tempo. E a gente precisava de uma assistência domiciliar, ela estava fraldada e precisando de curativos. E aí nós esbarramos justamente na questão do cuidador. “Não, nós precisamos de um cuidador específico”, “Não, mas espera aí. Nós somos um serviço com ‘x’ idosos. Eu não tenho um cuidador específico. Eu tenho orientador socioeducativo, que é quem vai dar o suporte nos cuidados até que ela seja transferida para uma ILPI, onde você tem uma retaguarda de profissionais que vai dar os cuidados de que ela necessita”. E a gente não conseguiu (2018, informação verbal).

Estratégias

Frente aos desafios elencados pelos profissionais, algumas estratégias foram apresentadas, como a integralidade e o diálogo entre os setores.

P13 (Ass. Social): Eu vejo a necessidade da integralidade disso [da rede intersetorial], porque o idoso é único e ele precisa tanto da Assistência como

da Saúde, da cultura. Enquanto profissionais dessas áreas, a gente tem que conseguir trabalhar conjuntamente. Então, para que eu possa “dar conta” desses planos de cuidados, eu tenho que sentar com o meu parceiro, compactuar ações para que a gente possa ver um todo.

P4 (Saúde): [...] o relacionamento aqui é bem intenso, graças a Deus. Então, assim, “Precisamos marcar uma reunião”. Se for necessário, entra em consenso para fazer uns relatórios PAI, UBS, CREAS, que vai para o Ministério Público (2018, informação verbal).

Alguns profissionais apresentaram situações no setor da Saúde quando, por meio do diálogo, foi possível adequar a necessidade do usuário de um serviço, sem deixar que normas institucionais barressem. Diálogo também foi estabelecido no caso de usuário institucionalizado, sem suporte familiar e com necessidades de cuidados específicos da Saúde. Os profissionais afirmaram que há casos que eles chegam a encaminhar para a Justiça (Ministério Público), mas nem sempre o caso é absorvido, sendo devolvido para o território.

P2 (Saúde): [...] hoje a gente tem um caso excepcional. Por exemplo, a gente está atendendo um paciente [em um equipamento da Saúde]. Lá, também não tem cuidador específico. Acabou que, no fim, acabou tendo que fazer outras parcerias, porque o [equipamento de Saúde] não “deu conta” mesmo [...]. E aí ele hospitalizou, perdeu essa autonomia e teve que entrar o serviço da assistência domiciliar. A gente teve uma série de dificuldades por conta de não ter o cuidador específico [...]. Então, ambos tiveram que “abrir mão” de algumas coisas. A gente, por exemplo, o critério do cuidador; eles, o critério de só trabalhar a autonomia, que o paciente não tinha mais.

P13 (Ass. Social): Eu acho que são desafios de demandas que a gente tem para atendimento. Ora, a gente vai ter que “abrir mão”, porque está posto, existe a pessoa, ela tem o direito e a gente tem que garantir.

P2 (Saúde): A gente percebe muito que, se o paciente já está no serviço, as pessoas dizem: “Ah, não, tem que dar um jeito, porque vai chegar ao Ministério e o Ministério vai mandar você fazer”. Então, você fala: “Para que você vai esperar ir para depois voltar?”. Mas nem sempre a gente consegue evitar isso. [...] A gente tem a demanda, a gente sabe que, se a gente não supri-la, a gente vai fazer a denúncia, enfim, da violação de direito; por fim o Ministério vai mandar para unidade de volta (2018, informação verbal).

Nesse âmbito, um profissional mencionou um documento municipal que integra os setores de Saúde e Assistência Social, em que é determinada a contratação de profissionais da Saúde para compor quadro de recursos humanos dos serviços de Proteção Especial da Assistência Social. A notícia foi recebida com espanto, mas com muita satisfação pelo grupo.

P13 (Ass. Social): Há uma “luz no fim do túnel”: foi construído um protocolo intersecretarial, entre a Saúde e a Assistência. E a proposta é que, no próximo

ano, já tenham os profissionais de Saúde dentro do CAIEI, da ILPI e do Centro Dia também. Então, assim, o Centro Dia já tem, porque o Centro Dia, na Assistência, ele é o “top”, porque ele tem enfermeira, nutricionista, terapeuta ocupacional, coisa que nenhum outro serviço tem. Mas o protocolo prevê isso (2018, informação verbal).

6.2.7 Categoria 7 - Acessibilidade

Desafios

Além da dificuldade de acesso ao direito a atendimentos por parte de alguns usuários, como refletido em temáticas anteriores, os profissionais em Grupo Focal relataram, também, desafios relacionados à falta de acessibilidade, seja no que diz respeito ao território, onde serviços ficam distantes dos usuários, seja por questão de segurança e acessibilidade arquitetônica em ruas, calçadas, construções e em transporte público. Na questão do transporte público, há menção sobre o não preparo de motoristas, a estrutura física dos veículos, os quais não são adaptados satisfatoriamente, a insuficiência em mobilidade urbana no geral. A saber, a falta de acessibilidade global também foi um dos desafios mais apontados no questionário.

P8 (Saúde): A gente até pergunta sobre grupos de discussão, se você [pessoa idosa] está participando de algum grupo de acompanhamento. A maioria dos que eu atendo não participa, pela distância.

P4 (Saúde): Você não tem acessibilidade para os serviços de Saúde, não tem acessibilidade de uma rua decente. Eu ando no meio-fio, porque também não dá para andar na calçada. O risco é muito grande. Imagina para um idoso. Outro exemplo é o ônibus, ele não é preparado e os motoristas não são preparados para receber a população da terceira idade.

P12 (Ass. Social): [...] a nossa questão é o transporte. Então, a inserção da idosa no espaço [equipamento da Assistência Social] depende de um transporte, ela é cadeirante. Ela precisa do serviço do ATENDE, mas tem “n” questões burocráticas que impedem a idosa de acessar o serviço. E essa idosa permanece em situação de isolamento.

P3 (Saúde): Essa questão do transporte é importante mesmo, porque, às vezes, a gente acaba, também, observando que alguns idosos têm o perfil da URSI e têm essa dificuldade (2018, informação verbal).

Ainda sobre o acesso a serviços, algumas profissionais apontaram a inexistência de alguns serviços que promovam lazer, assim como a reabilitação.

P11 (Ass. Social): “Pegando” nosso território de Cidade Ademar, não tem outros espaços para os idosos. Ou eles têm a UBS para fazer a ginástica, ou ele tem o Núcleo de Convivência para poder desenvolver algum tipo de atividade.

P3 (Saúde): [...] é muito complicado para idosos com deficiência. Eles não têm esse espaço para um trabalho de manutenção [sobre reabilitação]. Eles vão para uma reabilitação de uma sequela recente, ficam inseridos por um tempo, 3 meses, 6 meses; dependendo da evolução, ele fica 1 ano. Mas, e depois? [...] A gente não tem um espaço na rede para inserir esses pacientes. E aí eles voltam para a Unidade Básica de Saúde, muitas vezes, eles ficam no NASF, quando tem, mas muitos não têm; depois de um tempo, eles voltam. Tudo o que você teve de ganho na reabilitação ele já perdeu (2018, informação verbal).

Estratégias

Para os desafios ligados à acessibilidade, não foram pontuadas estratégias pelos profissionais.

7 DISCUSSÃO

O estudo “Gestão de planos de cuidados a idosos: percepções de profissionais de Saúde e Assistência Social acerca dos desafios e das possibilidades de superação” compreendeu revisão bibliográfica e pesquisa de campo com participação de profissionais desses dois setores, da região de Cidade Ademar (São Paulo), por meio de questionário on-line e Grupo Focal.

Os resultados da pesquisa de campo demonstraram, na região, o olhar para a população idosa por parte dos profissionais de ambos os setores, mas, assim como foi identificado em estudos conduzidos em outros países, ainda existem desafios no planejamento e na coordenação de cuidados e planos de cuidados a idosos (Osborn et al., 2014; Yeung et al., 2018; Berntsen et al., 2019; Carvalho et al., 2017, Giguere et al., 2018 e Nurjono et al., 2019).

Nos referidos estudos, percebeu-se a necessidade de conduzir pesquisa sobre planos de cuidados a idosos, compreendendo-os numa perspectiva de cuidado abrangente e que considere os níveis *micro*, *meso* e *macro* do cuidado, devido ao seu caráter complexo e dinâmico. Da mesma forma, a análise dos dados do questionário on-line e do Grupo Focal revelou uma diversidade de categorias temáticas, complexas e intimamente ligadas entre si, coerentes com os três níveis considerados.

Os dados do questionário permitiram obter um breve perfil demográfico dos participantes, conhecer sua formação profissional e suas ideias relacionadas ao tema do cuidado e dos planos de cuidados a idosos. No Grupo Focal, foi possível recolocar a pergunta de pesquisa, oportunizar o debate e o aprofundamento de ideias pelos participantes.

Seguem, abaixo, análise e discussão, primeiramente, do perfil dos participantes; na sequência, reflexões acerca das ações realizadas pelos profissionais para o cuidado e a gestão de planos de cuidados a idosos, dos desafios por eles identificados e das estratégias de ação para enfrentamento.

Para organizar o conteúdo, os dados foram reunidos nos níveis *micro*, *meso* e *macro* do cuidado, conforme estudos da literatura (Valentijn et al., 2013 apud Carvalho et al., 2017; Valentijn, 2015 apud Nurjono et al., 2019; WHO, 2019a, 2019b).

7.1 O PERFIL DOS PARTICIPANTES

Sobre o perfil dos participantes que preencheram questionário on-line, foi exclusiva a presença do sexo feminino. Já no Grupo Focal, 92% dos participantes eram mulheres. Esse fato corrobora o que é difundido na literatura sobre as questões de gênero no mercado de trabalho

no que se relaciona às profissões que envolvem o cuidado. Tanto na área da Saúde (Wermelinger et al., 2010; Lima et al., 2016) quanto da Assistência Social (Fritzen, 2015), a feminização da força de trabalho é presente (Hirata; Guimarães, 2012; Jasper et al., 2017; Giugliere et al., 2018).

Em relação à faixa etária, 71% dos participantes tinham entre 36 e 55 anos. Esse percentual é semelhante ao de outros estudos, como o de Giugliere et al. (2018) e de Jasper et al. (2017).

Do total de profissionais, 72% possuíam mais de onze anos de formação; desses, 50% tinham formação acadêmica em Serviço Social e 36%, em Enfermagem. A questão de a maioria dos participantes ser dessas áreas profissionais, possivelmente, deve-se ao fato de os gestores das unidades de Saúde e Assistência Social, incumbidos de fazer a indicação, reconhecerem esses profissionais como referência para o atendimento à pessoa idosa e/ou, ainda, pelo campo de atuação das profissões Serviço Social e Enfermagem preverem trabalho interdisciplinar e comunicativo com diferentes setores e serviços da sociedade (Reuter; Santos; Ramos, 2018), com tendência de tornarem esses profissionais referência em cuidado ao idoso na rede. Outro fator é que, nos serviços de Assistência Social, segundo a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos/Sistema Único da Assistência Social (NOB-RH/SUAS) (2016), são admitidos profissionais com Ensino Superior, principalmente, de Serviço Social, seguidos de Psicologia e de Direito.

Sobre formação continuada, 84% declararam possuir algum tipo de curso, mas somente 14% desses tinham formação em gerontologia e gerontologia social, dado distante daquele identificado nos estudos de Giugliere et al. (2018) e de Jasper et al. (2017), que contabilizaram 61% e 66%, respectivamente.

Quanto ao tempo de atuação no serviço atual, no momento da pesquisa, 45% dos participantes afirmaram trabalhar de 6 a 10 anos e 45%, de 1 a 3 anos. No que se refere ao trabalho com idosos, 57% afirmaram atuar há mais de seis anos na área, configurando um grupo com experiência profissional razoavelmente consolidada, o que possibilita estabelecimento de um posicionamento crítico diante da realidade estudada.

7.2 GESTÃO DO CUIDADO NO NÍVEL *MICRO*

Planos de cuidados a idosos

Foi possível constatar que, na área da Saúde, Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI-AB) e Projeto Terapêutico Singular (PTS) são nomenclaturas

definidas em documentos norteadores oficiais (governamentais) e existe uma homogeneidade nas falas dos profissionais da Saúde sobre uso desses instrumentais, tanto no questionário quanto no Grupo Focal. Na Assistência Social, notou-se que existe escasso material disponível sobre diferenciações entre Plano Individual de Atendimento (PIA), Plano de Desenvolvimento do Usuário (PDU) e Plano de Atendimento Familiar (PAF); as únicas fontes encontradas sobre o tema foram algumas legislações que os citam. Percebe-se que a nomenclatura mais utilizada pelos profissionais da Assistência Social foi PIA, em ambas as etapas de pesquisa de campo, e o PDU foi citado algumas vezes no Grupo Focal.

Foi perguntado no questionário on-line se, entre as ações realizadas pelos profissionais para com a pessoa idosa nos serviços, são considerados instrumentais de avaliação global ou similar e planos de cuidados. Dos 14 profissionais respondentes, 28% afirmaram realizar avaliação global e 50%, PTS ou PIA. A profissional do Núcleo de Convivência de Idosos (NCI) não havia assinalado realizar planos de cuidados no questionário, mas no grupo relatou fazer o PDU. Aqueles que não assinalaram sua realização mencionaram, em resposta às questões abertas, adotar outras condutas correlatas, como discussão de caso em equipe, diálogo com idoso e com cuidadores sobre condutas, encaminhamentos e/ou outras ações que compõem, em parte, avaliação global e planos de cuidados, mas não as nomearam como tal, ou as ações são realizadas conforme demanda e não de uma maneira sistematizada. No Grupo Focal, esses instrumentais, quando mencionados, referiram-se a ações realizadas à pessoa idosa e aos cuidadores no dia a dia de trabalho.

Em consonância, aponta-se que, em São Paulo, a AMPI-AB e a Avaliação Gerontológica Global (AGG) (São Paulo, 2016a, 2016b) são instrumentos da área da Saúde, o que justifica o fato de a maioria das profissionais da Assistência Social não ter sinalizado esse recurso durante a pesquisa de campo. Os instrumentais como PIA (São Paulo - Estado, 2013; Brasil, 2014c) e PDU (Brasil, 2017e, 2018e) da Assistência Social preveem avaliação abrangente de contexto de vida e de demandas, mas não possuem testes específicos para avaliação de condições de saúde, como na AMPI-AB e na AGG. Outra hipótese é que alguns equipamentos da rede especializada da Assistência Social e da Saúde têm como conduta solicitar cópia da AMPI para os equipamentos da Atenção Básica da Saúde (São Paulo, 2016a).

A construção, a execução e o compartilhamento de planos de cuidados foram assinalados como desafios no questionário on-line e no Grupo Focal, mas com menor frequência que outros desafios. Novamente, os profissionais pareceram não reconhecer algumas ações como componentes de planos de cuidados e, conseqüentemente, os desafios a elas relacionados.

Dos profissionais que assinalaram realizar planos de cuidados, foi possível verificar que são realizados eminentemente pelos equipamentos especializados, tanto da Saúde quanto da Assistência Social. Na Atenção Básica em Saúde, de duas UBS, somente uma afirmou realizar PTS e, na Assistência Social, um dos equipamentos de Proteção Básica, o CRAS, não realiza PIA ou PDU, contrariando o que é previsto em documentos oficiais, que afirmam serem esses, também, instrumentais de trabalho desses serviços (Brasil, 2009, 2012d; São Paulo - Estado, 2013, São Paulo, 2016b).

Os profissionais, em ambas as etapas de estudo, afirmaram realizar PTS, PIA e PDU (uma das UBS, URSI, PAI, EMAD, CREAS, CDI, CAEI e NCI), sendo possível identificar dinamicidade no processo de manejo dos planos, mas o seu planejamento é feito com maior frequência exclusivamente pelos profissionais e, em menor número de vezes, o usuário é envolvido, o que contraria o que é difundido pela literatura sobre a participação ativa do idoso (Carvalho et al., 2017; Yeung et al., 2018; Paranhos; Oliveira et al., 2018; Berntsen et al., 2019; Kamei et al., 2017; Kuusisto et al., 2019; Kaambwa et al., 2015).

Assim como na revisão bibliográfica, na pesquisa de campo, verificamos que existe uma diversidade de nomenclaturas relacionadas aos planos de cuidados, contudo elas comungam objetivos similares, voltados a organizar a assistência à pessoa idosa.

Conforme orientado pela OMS (WHO, 2019a), para que o cuidado integrado às pessoas idosas pelos serviços de Saúde e Assistência Social seja efetivo, a identificação e a avaliação das pessoas idosas com necessidades de cuidados na comunidade, bem como o fomento de planos de cuidados, devem integrar treinamentos aos profissionais, de modo que estes sejam capacitados a construir metas com os usuários, as quais sejam factíveis e considerem a capacidade intrínseca e as habilidades funcionais dos idosos.

Pessoa Idosa

No que se refere à pessoa idosa, as **difficultades intrínsecas e extrínsecas**, como limitações cognitivas, físicas, funcionais e sensoriais dos idosos, a **ausência** ou a **insuficiência de suporte familiar**, **difficultades socioeconômicas** e **difficultade em autocuidado** foram identificados como os maiores desafios para o cuidado e a gestão de planos de cuidados aos idosos no questionário on-line, o que se repetiu e confirmou no Grupo Focal. Outros desafios de ordem extrínseca foram mencionados no questionário e no grupo, como **preconceito contra a velhice** por parte dos idosos e de forma coletiva e **empoderamento insuficiente da população idosa para participação e controle social**.

As **dificuldades intrínsecas** dos idosos mencionadas pelos profissionais ratificam estudos com essa população. Lima-Costa et al. (2017), baseados na Pesquisa Nacional de Saúde/IBGE, em 2013, verificaram que, a cada 3 idosos, 1 apresenta dificuldades para realizar Atividades da Vida Diária e, destes, 81% declararam necessitar de ajuda para realizar uma ou mais dessas atividades. Carvalho et al. (2017) afirmam que essas características se tornam mais prevalentes nas pessoas mais velhas, podendo desenvolver estados de saúde complexos.

Como possível estratégia de ação, os profissionais do presente estudo apontaram o fortalecimento do autocuidado dos idosos e dos familiares e a melhoria na efetivação de políticas públicas. Cabe salientar que o autocuidado é estratégia fundamental para a promoção da saúde e de capacidade funcional dos idosos, a ser incorporada nos serviços e pelos profissionais, uma vez que, por meio dele, o indivíduo poderá exercer controle sobre sua saúde e seu ambiente (Litvoc; Dertl, 2002) e administrar suas dificuldades cotidianas. Almeida (1997) acrescenta que o autocuidado envolve autonomia para tomada de decisões em relação a ações.

A ausência ou a insuficiência de suporte familiar representam consequências das alterações significativas nas relações de parentesco, do surgimento de novas formas de família e, também, da redução de seu tamanho e do crescimento do número de casais sem filhos, o que diminui a disponibilidade do cuidado informal (Chaimowicz, 2013; Lima-Costa et al., 2017; Yeung et al., 2018; Duarte; Domingues, 2020).

Nos contextos familiares, é importante frisar que há dinâmica contínua, dessa forma, é possível que suas características se modifiquem durante o tempo. Então, se faz necessário auxiliar os idosos e suas famílias a encontrarem, de forma conjunta, uma solução mais efetiva e adequada, de modo a melhorar o cuidado ao idoso e a administrar necessidades de seus membros (Duarte; Domingues, 2020).

No questionário e no Grupo Focal, o suporte comunitário aos idosos por parte de amigos e vizinhos foi pouco tratado. Um profissional mencionou a escassez de relacionamentos de idosos com vizinhança e outra relatou sobre um caso em que a idosa se sentia apoiada pela rede social. Na literatura, por outro lado, é perceptível a valorização crescente desse tipo de suporte, devido à diminuição do tamanho das famílias e das possibilidades de cuidados por elas (Carvalho et al., 2017; Kamei et al., 2017; Yeung et al. 2018; Boutette et al., 2018; Nurjono et al., 2019).

A temática “suporte social” tem considerável importância, pois a manutenção da qualidade de vida está relacionada à existência dessa rede de suporte e à qualidade das relações (Duarte; Domingues, 2020). Da mesma forma, a família continua sendo o vínculo primeiro a ser acionado quando da instalação de alguma incapacidade no idoso (Aquino; Cabral, 2002).

Ainda sobre **ausência ou insuficiência de suporte familiar**, os profissionais da Saúde e da Assistência Social mencionaram, no questionário e no Grupo Focal, estratégias de ação, como o mapeamento, a aproximação e o fortalecimento da rede familiar do idoso. Informaram realizar, também, discussões em rede intersetorial local e, quando necessário, acionar de forma compartilhada entre os setores o poder judiciário, na tentativa de trabalhar os casos. Esse cenário ilustra a judicialização das políticas públicas, em que os poderes executivo e legislativo, inertes em relação à garantia de direitos sociais, afrontam a Constituição Federal, justificando-se, nesses casos, a atuação da Justiça (Barboza; Kozicki, 2012; Mito; Prá; Wiese, 2018).

Nesse contexto, durante o Grupo Focal, percebeu-se tensão entre os setores quando um profissional da Assistência Social mencionou que dois serviços da Saúde negaram atendimento a um idoso que tinha como único acompanhante um familiar, também idoso e com limitações. O profissional da Saúde justificou tal conduta ao afirmar a inviabilidade prática e a falta de segurança em orientar um cuidador idoso ou um idoso sozinho com suas limitações e sem outros tipos de suportes. O profissional da Assistência Social ainda relatou que os idosos residiam em região que não fazia parte da área de abrangência de uma das equipes do Programa Acompanhante de Idosos (PAI), que poderia auxiliá-los no dia a dia, mas que o caso ainda estava em discussão. Em meio às colocações, é possível verificar que o grupo considera o fato como violação de direitos. Situações de violação de direitos já haviam sido mencionadas brevemente no questionário.

Ainda nesse âmbito, Romagnoli e Silva (2019) relatam o trabalho do Núcleo Intersetorial Regional Técnico (NIR), em Belo Horizonte (MG), que reúne profissionais de serviços de Saúde, de Assistência Social e de outras secretarias, a fim de discutirem casos de violação social e sustentarem ações coletivas na prática intersetorial, por meio de experimentações de uma produção de conhecimento interventiva e implicada. Esse espaço visa, ainda, fortalecer a interlocução entre as gerências das políticas setoriais, compreendendo e delimitando o papel de cada um em torno dos casos. Essa conduta intersetorial pode ser tomada como referência na reflexão acerca da problemática relatada pelo profissional da Assistência Social.

As **dificuldades socioeconômicas** de idosos e familiares, também mencionadas como desafios para cuidado e gestão de planos de cuidados a idosos, refletem a condição social da população brasileira, existindo alta dependência de componentes da família para a renda dos idosos (Camarano, 2020). Com a ampliação do desemprego e o incremento de várias formas de precarização da mão de obra, muitas famílias enfrentam dificuldades em alcançar estabilidade, levando a dependerem de seus familiares idosos, que passam a contribuir com a renda e a

sobrevivência familiar, mesmo, muitas vezes, com aposentadorias insuficientes (Alcântara; Debert, 2007; Tavares et al., 2011).

Maiores oferta e disponibilização de recursos financeiros para as pessoas idosas foram apontadas pelos participantes deste estudo como uma das estratégias para a melhoria dos cuidados e planos de cuidados.

No nível *micro*, outro desafio colocado pelos profissionais relacionou-se à **dificuldade de adesão a tratamento e orientações** por parte dos idosos. No questionário on-line, 6 participantes haviam assinalado “dificuldades por parte dos profissionais em fomentar a adesão dos idosos ao tratamento proposto”, mas, no Grupo Focal, apontaram a dificuldade de adesão como “teimosia” dos idosos. Essa “teimosia” atribuída aos idosos pode ser constituída por ideias preconcebidas sobre a velhice e o envelhecimento, tornando-se barreira para uma comunicação efetiva e fluida.

A questão da adesão a tratamentos e orientações é tratada pela OMS (2003) como problema que dificulta os processos de cuidados, resulta em aumento do risco clínico, portanto em aumento da morbidade e da mortalidade.

Existem alguns fatores que influenciam o processo de adesão, como baixo nível socioeconômico, analfabetismo ou baixo nível de escolaridade, falta de redes de apoio social eficazes, longa distância do local de tratamento, alto custo de transporte, cultura e crenças leigas sobre doença e tratamento, nível de motivação, confiança, capacidade de autogerenciamento, expectativas, funções cognitivas e funcionais, estruturas dos serviços de Saúde, conduta e nível de comunicação entre profissionais e usuários, gravidade de sintomas de doenças, complexidade do tratamento, entre outros (OMS, 2003).

Formas de melhoria da adesão são evidenciadas e abrangem abordagem multidisciplinar e ação coordenada entre pesquisadores, planejadores de políticas e profissionais, para incentivo a programas de autogestão e à adesão dos usuários, com base na combinação entre tratamento regular, educação, boa relação e comunicação paciente-profissional (OMS, 2003; Fonseca, 2018). Outros estudos também colocam a importância da intervenção educacional em relação aos usuários para a adesão ao tratamento (Papadopoulos et al., 2016), assim como a influência positiva da entrevista motivacional nesse processo (Arkkukangas et al., 2018; Berntsen et al., 2019).

Relacionada à questão da adesão, é importante considerar a situação de vulnerabilidade acrescida pela doença e pela idade avançada. Verifica-se que, para que possam exercer sua autonomia, escolher e aderir, os pacientes idosos devem estar inseridos em um contexto social que os respalde, que os envolva e lhes dê segurança (Paranhos; Oliveira, 2018).

O **preconceito contra a velhice** pelos próprios idosos representa desafio a ser também enfrentado e foi mencionado pelos profissionais em ambas as etapas da pesquisa de campo. Pesquisadores afirmam que preconceito de idade em nossa cultura, também denominado “ageísmo” ou “idadismo” (Palmore, 2017; Hooyman; Kiyak, 2017), parece afetar negativamente a saúde dos idosos. Apesar da persistência do preconceito de idade, uma consciência geral sobre os pontos fortes das pessoas mais velhas tem ganhado força (Hooyman; Kiyak, 2017).

Sobre o tema, no questionário on-line, os profissionais indicaram ações de sensibilização da população idosa sobre o envelhecimento e a velhice e, no Grupo Focal, um profissional da Saúde descreveu essas ações realizadas em grupos com idosos, familiares e, também, com a equipe de trabalho. Em consonância, formas de comunicação que facilitem e propiciem o intercâmbio de ideias e sentimentos, criando espaço de espera e escuta, têm sido reconhecidas como maneiras para dirimir o preconceito (Goldfarb; Lopes, 2013). Outras ações eficientes no combate ao ageísmo são intervenções que promovam a interação intergeracional e a educação sobre envelhecimento e velhice (Burnes et al., 2019; Larkin, 2019).

No que se refere ao **empoderamento insuficiente da população idosa para participação e controle social**, os profissionais relataram, no Grupo Focal, incentivar as pessoas idosas a requererem seus direitos, a exemplo de um atendimento digno e de qualidade, ou a participarem socialmente em busca de outras melhorias, mas os idosos parecem não estar empoderados e não aceitam. Além desse incentivo aos idosos, nenhuma outra menção sobre controle e participação social foi realizada pelos participantes.

Em uma pesquisa sobre os motivos para a restrição de participação social na velhice avançada, incluíram-se os psicológicos, os sociais, de saúde, os funcionais, os econômicos e os ambientais (Mendes, 2019). Por sua vez, engajamento e participação social estão associados ao menor risco de morbidades, incapacidades, declínio cognitivo e morte, além de serem determinantes para bem-estar e boa qualidade de vida na velhice (Pinto; Neri, 2017). Dessa forma, percebe-se a importância da presença e da voz ativa dos idosos na comunidade e nos serviços para a melhoria dos cuidados à população idosa.

Em consonância com a literatura e com documentos oficiais, os profissionais apontaram no questionário **estratégias para enfrentamento dos desafios** mencionados no processo de cuidado aos idosos e explanaram detalhes no Grupo Focal. Essas estratégias incluem atendimentos nos serviços (Nurjono et al., 2019; Blom et al., 2016), visitas domiciliares (Blom et al., 2016; Nurjono et al., 2019), grupos e encaminhamentos (Blom et al., 2016; Nurjono et al., 2019; Berntsen et al., 2019).

A utilização de ferramentas para auxílio no gerenciamento do cuidado aos idosos também foi apontada como estratégia, tanto na área da Saúde: AMPI-AB (Brasil, 2006a; São Paulo, 2016b), PTS (Brasil, 2006a, 2007; Boccardo et al., 2011; São Paulo, 2016b), gestão de casos (Blom et al., 2016 e Carvalho et al., 2017; Berntsen et al., 2019 e Ruikes et al. 2017) e matriciamento (Campos; Domiti, 2007; São Paulo, 2016b), como na Assistência Social: PIA (São Paulo - Estado, 2013; Brasil, 2014c), PDU (Brasil, 2017e, 2018e) e matricialidade sociofamiliar (Brasil, 2005; Perez et al., 2018).

Ainda como parte das estratégias utilizadas pelos profissionais, constata-se a ação multidisciplinar em intervenções e reuniões, conforme orienta a literatura (Carvalho et al., 2017; Ruikes et al., 2017; Nurjono et al., 2019), e o cuidado centrado na pessoa (Carvalho et al., 2017; Yeung et al., 2018; Paranhos; Oliveira et al., 2018; Berntsen et al., 2019; Kamei et al., 2017; Kuusistok et al., 2019; Kaambwa et al., 2015). Sobre essa última estratégia, os profissionais afirmaram dialogar com idosos e seus familiares sobre suas especificidades, seus contextos, suas necessidades e respeitar sua autonomia, quando possível.

7.3 GESTÃO DO CUIDADO NO NÍVEL *MESO*

Engajamento e empoderamento das pessoas e das comunidades

Conforme recomenda a OMS (WHO, 2019b), para cuidados integrados aos idosos pela Saúde e pela Assistência Social, os serviços devem incentivá-los e empoderá-los ativamente para engajamento, assim como incentivar suas famílias, seus cuidadores e a sociedade civil no dia a dia. Como visto no item anterior, os profissionais incentivam a população idosa para a participação e o controle social, mas verificam que os idosos, muitas vezes, parecem não se sentir empoderados.

A participação e o controle social são essenciais para a construção do poder coletivo baseado nas necessidades dos indivíduos, dos grupos e da população, são fomentados pelos diferentes saberes, setores e interesses dos envolvidos e são fundamentais para a organização, a integração e a sustentabilidade local (Brasil, 2018a; Silva; Tavares, 2016). Esse poder coletivo é fundamental para zelar pelas políticas e pela cidadania. Exemplos de instituições de democracia participativa de controle são os conselhos de direitos, as conferências municipais, estaduais e nacionais e os fóruns de direitos da pessoa idosa (Faleiros, 2016).

O engajamento e o empoderamento dos indivíduos na comunidade também requerem: intervenções domiciliares, incentivo da força de trabalho na própria comunidade e avaliação da

infraestrutura (espaço físico, transportes e telecomunicações), necessários para ofertar serviços com segurança, cuidado efetivo e tecnologias assistivas, quando necessário (WHO, 2019b).

Os profissionais mencionaram o incentivo aos idosos para participação social, mas não houve nenhuma menção sobre o engajamento e a participação social de trabalhadores como possibilidade de estratégia para discussão acerca da realidade dos usuários e do exercício laboral. Talvez, o fato de a maioria dos profissionais ser contratada por CLT gere receio de realizar queixas. Além disso, a dinâmica de trabalho nos serviços, orientada pela produtividade, com pouca previsão de tempo para reunião e discussões entre profissionais, dificulta reflexões e ações nessa perspectiva.

Educação permanente dos profissionais de Saúde e Assistência Social

No processo de análise dos dados do questionário e do Grupo Focal, identificou-se incoerência, já que: ora os participantes afirmaram encontrar-se preparados para o trabalho com o idoso, ora referiram existência de dificuldade para a compreensão dos temas “envelhecimento” e “velhice”. Uma hipótese para essa questão seria a de que os profissionais enxergam em si certo preparo, mas, no geral, avaliam que os profissionais ao seu redor necessitam de ser treinados.

Estratégias apontadas pelos profissionais em ambas as etapas da pesquisa de campo foram a oferta de educação permanente e de sensibilização sobre o envelhecimento e a velhice, não somente para os profissionais técnicos, mas para todos os trabalhadores dos serviços, bem como para os idosos, os familiares e a população em geral. Trata-se de uma das estratégias mais citadas para melhoria do cuidado e da gestão de planos de cuidados aos idosos.

No Grupo Focal, os profissionais relataram exemplos de **despreparo de trabalhadores**, como funcionários da recepção que não atendem pessoa idosa de maneira empática, de profissionais técnicos que, de maneira preconceituosa, dificultam ou negam o acesso aos direitos dos usuários. Situações similares foram relatadas em pesquisa de Romagnoli e Silva (2019). Além disso, o desrespeito ao usuário gera mais sofrimento que a própria doença ou a limitação, segundo Berlinguer (1988 apud Paranhos; Oliveira, 2018).

A demanda apontada pelos participantes correlaciona-se à afirmação de que o preparo dos profissionais de Saúde e Assistência Social é essencial para o cuidado integrado ao idoso, de forma efetiva (Valentijn et al., 2013 apud Carvalho et al., 2017; Valentijn, 2015 apud Nurjono et al., 2019; WHO, 2019b). No Brasil, as Políticas Nacionais de Educação Permanente da Saúde e da Assistência Social reforçam essa orientação (Brasil, 2013b, 2018b). A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa reconhece a escassez de recursos socioeducativos, bem

como a falta de preparo dos profissionais para o envelhecimento e a velhice. Desse modo, ela determina a formação desses profissionais, bem como de gestores e da população no geral (Brasil, 2017a).

Conforme colocado anteriormente, o treinamento específico sobre planos de cuidados aos profissionais de ambos os setores também se faz necessário para o cuidado integrado ao idoso (WHO, 2019a).

A educação permanente se torna prioritária aos profissionais, haja vista o aumento da população idosa e suas demandas complexas, visando ao atendimento de suas necessidades (Meneses et al., 2019; Nurjono et al., 2019, Blom et al., 2016).

Outra questão apontada no questionário por metade dos profissionais foi a ausência de documentos norteadores, protocolos ou algo similar para orientação do atendimento às pessoas idosas. Ademais, como visto no nível *micro*, foi apontada pelos profissionais a dificuldade em trabalhar a adesão dos usuários aos tratamentos e às orientações.

Conforme explanam Giannini et al. (2019), o trabalho prescrito engloba as tarefas, os frutos da expectativa de gestores e projetistas para se constituir a produção, trata do esperado e do previsto e baseia-se em normas, procedimentos e instruções anteriormente determinados e entregues a cada trabalhador. Já o trabalho real é o trabalho efetivamente realizado para atingir os objetivos da produção. O próprio trabalho prescrito e os procedimentos formais que o definem se alteram com o trabalho efetivamente desenvolvido, pois nem sempre é possível agir conforme o planejado (Dejours, 2012; Giannini et al., 2019).

Nessa perspectiva, considera-se que a educação permanente, que inclui atualização quanto a protocolos e prepara os trabalhadores para as situações previstas, são práticas validadas pelos pares, mas não asseguram respostas às situações não previstas, ou seja, a situações com as quais os profissionais, mesmo treinados, deverão lidar.

Segundo alguns autores, a educação no trabalho de forma interdisciplinar e interprofissional possibilita considerar normatividades do trabalho, bem como configurar oportunidades de recomposição dos processos, de modo que os trabalhadores possam reconhecer e negociar as necessidades dos usuários e responder de forma mais pertinente a elas, buscando assegurar direitos e qualidade do serviço prestado (Peduzzi et al., 2009; Peduzzi et al., 2013; Silva; Tavares, 2016).

A educação permanente sobre o tema “cuidados paliativos” também foi apontada por alguns participantes, no Grupo Focal, como demanda no dia a dia do trabalho. Nesse contexto, um estudo aponta dificuldades na aplicação de cuidados centrados no paciente em situações de terminalidade. Para tanto, os profissionais devem ter habilidades, conhecimentos, capacidade de

responder às necessidades espirituais e emocionais dos idosos, discutir o processo de envelhecimento e de adoecimento entre os envolvidos, esclarecer e informar o usuário para que, consciente e fortalecido, ele possa ter respeitadas sua autonomia e sua dignidade no fim da vida (Paranhos; Oliveira, 2018).

Relação interdisciplinar e interprofissional

Os profissionais apontaram, no questionário on-line, que existe desafio relacionado à dificuldade na comunicação entre as equipes da rede. O fortalecimento dessa comunicação e o trabalho em equipe foram assinalados como fundamentais para melhoria dos processos de cuidado e gestão de planos.

Na interação do grupo, percebeu-se tensão entre os profissionais quando alguns afirmaram que os usuários eram “empurrados” de um nível de cuidado para outro. Momentos tensos entre os profissionais também foram referidos no nível *micro*, quando, a despeito de diálogo entre equipes, alguns idosos não foram atendidos em serviços da Saúde por insuficiência de suporte familiar. Dificuldade no diálogo cotidiano na rede também foi verificada em um estudo, com consequente atuação solitária dos setores e dos profissionais (Romagnoli; Silva, 2019).

Sabidamente, as linhas de cuidados são promovidas por meio de comunicação eficiente, sendo a qualidade da comunicação e a colaboração entre os diversos profissionais envolvidos no cuidado fundamentais para a efetividade da atenção (Peduzzi et al., 2013).

Dessa forma, mostra-se pertinente a discussão sobre melhorias em comunicação e em colaboração entre os pontos de atenção da rede e em sistematizações de fluxos.

No que se refere à promoção da saúde no envelhecimento, o trabalho interdisciplinar é essencial (Jacob Filho, 1998; Duarte; Domingues, 2020), visto que a implementação de práticas de promoção da saúde envolve determinantes sociais (Silva; Tavares, 2016), e estes não podem ser considerados e equacionados por um único setor.

O trabalho articulado em equipe permite a atuação de forma colaborativa e participativa entre diferentes profissionais, os quais buscam ofertar cuidado e atender às necessidades do usuário, reconhecendo a complexidade da situação trazida por ele, assim como seu contexto (Peduzzi et al., 2013; Reuter; Santos; Ramos, 2018).

Em consonância com as colocações anteriores de autores, outros afirmam a importância da integração e da comunicação efetiva entre os setores de Saúde e Assistência Social (Osborn et al., 2014; Carvalho et al., 2017; Giguere et al., 2018; Yeung et al., 2018; Jasper et al., 2017; Nurjono et al., 2019).

Condições de trabalho e estruturas relacionadas aos serviços

Os profissionais relataram, em ambas as etapas de pesquisa de campo, sobre a **insuficiência de recursos** para o trabalho. É possível verificar, por meio das falas, que as condições de trabalho são determinadas pelos seguintes recursos, a serem investidos pelas políticas: recursos humanos para potencializar a equipe, ampliar atendimento da demanda, melhorar divisão de tarefas e diminuir sobrecarga dos trabalhadores; articulação intersetorial e transporte para os profissionais realizarem suas atividades no território. Então, o provimento desses recursos para trabalho foi apontado como uma das estratégias de ação frente aos desafios em cuidados e planos de cuidados a idosos.

Importante ressaltar que o fator recurso/transporte para profissionais é diferente do recurso/transporte para usuários, também mencionado pelos participantes da pesquisa e que será abordado na categoria “Acessibilidade”, no nível *macro*.

Vários profissionais mencionaram que, por vezes, sentem-se sobrecarregados e frustrados com o trabalho, o que pode ser reflexo das condições dele. Em pesquisa de Romagnoli e Silva (2019), foi verificada situação similar, em que o dia a dia com dificuldades impactou subjetividades dos técnicos. Nesse cenário, Lancman et al. (2019) referem que a precarização do trabalho aumenta a vulnerabilidade dos trabalhadores e diminui a possibilidade de se trabalhar de forma digna.

Os processos de precarização podem interferir negativamente nas inter-relações, destruindo as possibilidades de cooperação na equipe e aumentando o individualismo. Cooperação é parte fundamental na construção da saúde mental do trabalhador e pilar essencial para a constituição de um ambiente de trabalho em que haja confiança no trabalho realizado por todos (Giannini et al., 2019).

Também foram mencionados pelos profissionais como desafios, no Grupo Focal: a formatação de agendas, o tempo destinado aos atendimentos, a **política voltada para números e para produção**. Os participantes referem que o tempo é escasso para atender com qualidade.

Nesse contexto, alguns profissionais mencionaram ignorar horários para ofertar maior escuta ao idoso, mas é sabido que, a depender de categorias profissionais, com agenda inteiramente preenchida ao longo do dia, essa estratégia se torna inviável. Os pacientes idosos apresentam fragilidade decorrente da idade, com frequência, mais dificuldade para compreender e participar das atividades terapêuticas, sofrem perdas auditivas, visuais e cognitivas e, contrariamente, o modelo de atendimento requer agilidade nas consultas (Paranhos; Oliveira, 2018).

Em pesquisas que tratam da qualidade dos serviços públicos, o número adequado de profissionais, boas condições administrativas e estrutura física foram características apontadas (Martins et al., 2014; Portela, 2000), assim como existência de vínculo causal e obrigatório entre estruturas do serviço, processos de trabalho e resultados à população atendida (Portela, 2000).

Dessa maneira, fazem-se necessárias melhorias das condições de trabalho para os profissionais de Saúde e Assistência Social, a fim de que consigam sustentar e cumprir suas demandas de trabalho, incluindo o cuidado oportuno, integrado e em rede ao idoso (WHO, 2019b).

7.4 GESTÃO DO CUIDADO NO NÍVEL *MACRO*

Na gestão do cuidado no nível *macro*, os profissionais apontaram no questionário e resgataram no Grupo Focal a insuficiente **efetivação das políticas públicas** como um dos maiores desafios para o cuidado e a gestão de planos de cuidados aos idosos. Foram elencados: dificuldades no relacionamento e na comunicação da rede intersetorial devido aos limites das redes setoriais, recursos escassos, falta de vagas nos serviços, ausência de algumas políticas específicas e insuficiência da acessibilidade global para a população idosa. Dentro do setor de Saúde, especificamente, foi apontado desafio no que se refere à dificuldade de fluxo entre serviços na área, já o manejo de planos de cuidados foi apontado por ambos os setores.

Rede setorial - Saúde

Alguns profissionais mencionaram a dificuldade de fluxo entre os serviços da rede, o que culmina em encaminhamentos duplicados, em que idosos vagam por serviços diferentes para o alcance do mesmo objetivo, utilizando vagas destinadas a outros usuários. Os participantes mencionaram como uma das estratégias de ação o matriciamento entre alguns serviços da rede, para discussão de casos, em reuniões mensais ou bimestrais.

Nesse contexto, considera-se que parte dos usuários obtém encaminhamentos seguros e pertinentes, todavia se questiona acerca dos idosos atendidos pela Atenção Básica e Especializada que são referenciados diariamente para outras instituições. Parte desses idosos tem recursos robustos, outros possuem suporte sociofamiliar satisfatório, mas a gama de idosos em situação de fragilidade, sozinhos ou acompanhados de outros idosos frágeis cresce rapidamente, como visto na discussão dos outros níveis de cuidado.

Outra estratégia mencionada para gerenciar os atendimentos foi a gestão de casos, que acompanha o usuário em seus cuidados. Contudo, essa ferramenta atende apenas a população

vulnerável, em Unidades Básicas de Saúde sem Estratégia Saúde da Família (ESF), por se tratar de tecnologia utilizada em unidades que funcionam nessa modalidade.

A despeito de Unidades Básicas de Saúde com ESF possuírem acompanhamento mais próximo em relação ao usuário, já que possuem equipes de profissionais de referência que acompanham microterritórios, provavelmente não possuem condições de acompanhar de maneira próxima o cotidiano dos idosos e de auxiliar no manejo de cada procedimento de Saúde ou de outras necessidades do cotidiano. Na região de Cidade Ademar, uma das Unidades Básicas de Saúde com ESF possui o atendimento do Programa Acompanhante de Idosos (PAI), o qual tem como objetivo acompanhar os idosos em situação de fragilidade e vulnerabilidade concomitantemente às equipes de ESF (São Paulo, 2016a). Outras duas equipes do PAI da região atendem ao território de cinco UBS sem ESF, porém a população idosa com esse perfil, de outras Unidades Básicas de Saúde, não conta com o apoio desse programa.

Cabe lembrar que o Programa de Metas da prefeitura municipal 2017-2020 prevê aumentar o número de equipes PAI na cidade e o serviço de Monitoramento a Distância a idosos com 80 anos ou mais que moram sozinhos ou em companhia de outros idosos. Assim, espera-se que a cobertura dos territórios para essa necessidade seja potencializada (São Paulo, 2017c).

Alguns profissionais citaram como outra estratégia, no Grupo Focal, a realização de AMPI-AB e PTS para acompanhamento dos usuários. Porém, como visto no presente estudo, não são todas as UBS que realizam tais atividades ou que possuem a clara compreensão delas. Desse modo, possivelmente, o conhecimento aprofundado sobre parte da população idosa frágil e vulnerável pode não ocorrer.

Outra dificuldade apresentada pelas profissionais da Saúde foi avaliar e acompanhar todos os idosos do território das Unidades Básicas de Saúde. Nesse sentido, um profissional relatou que, em sua unidade, estão iniciando identificação dos prontuários dos idosos com os quais foram realizadas avaliações, mas que a equipe não consegue acompanhar todos os planos de cuidados. A avaliação abrangente dos idosos se torna mais desafiadora, pois, no município, foi definida como meta a aplicação da AMPI-AB para 100% da população idosa (São Paulo, 2017c).

Em consonância, é consenso a necessidade de uma Atenção Primária à Saúde forte e eficiente, pois é a ordenadora do cuidado na rede assistencial (Valentijn, 2015; Carvalho et al., 2017; Almeida et al., 2018).

Para os desafios elencados pelos profissionais — agendamentos duplicados e gestão de quantidade de avaliações realizadas —, o aperfeiçoamento e a valorização da tecnologia e do suporte digital podem potencializar registros, gerenciamento das ações e comunicação entre os

serviços (Berntsen et al., 2019; Carvalho et al., 2017; Kuusisto et al., 2019; Yeung et al., 2018). Afirmar-se que o estudo do risco populacional, da estratificação e do gerenciamento da saúde do idoso, por meio da avaliação abrangente, é uma forma proativa de cuidado (Berntsen et al., 2019; Carvalho et al., 2017) que pode ser considerada como estratégia para conhecimento e acompanhamento das pessoas idosas, de forma individual e coletiva.

Rede setorial - Assistência Social

Alguns profissionais da Assistência Social relataram que os desafios encontrados em seu setor se referem ao trabalho em contexto complexo, em que estão inseridos muitos idosos, e ao fomento de planos de cuidados factíveis aos usuários. Como estratégia de ação para lidar com essa complexidade, mencionaram utilizar a diretriz matricialidade sociofamiliar e os planos de cuidados PIA e PDU, conforme orienta o PNAS e outras Portarias (Brasil, 2005, 2014c, 2018e; São Paulo - Estado, 2013).

Para a construção do PIA, um profissional declarou usar a estratégia de planejamento de metas a curto prazo e de maneira personalizada, tornando o plano mais “concreto” ao idoso, conforme orienta a literatura (Nurjono et al., 2019; Blom et al., 2016; Kamei et al., 2017; Paranhos; Oliveira, 2018).

Rede intersetorial

Embora a temática “intersetorialidade” tenha sido tratada brevemente no nível *meso*, devido à sua relação com o trabalho dos profissionais e serviços, no nível *macro* a tratamos no sentido amplo, estatal e como dirigida pelo poder público.

Verificou-se, durante a pesquisa de campo, no Grupo Focal, situações contraditórias. Ainda que os profissionais afirmassem haver, na região de Cidade Ademar, um satisfatório diálogo entre os setores de Saúde e Assistência Social para atendimentos a casos complexos, encaminhamentos e acionamento do poder judiciário, em certas ocasiões, a **dificuldade do próprio diálogo**, os **limites de setores, recursos, serviços** e a **ausência de políticas** determinaram que idosos em situação de fragilidade e vulnerabilidade tivessem acesso negado a determinados serviços de Saúde.

Exemplos de idosos que não foram atendidos por serviços de Saúde por insuficiência de suporte familiar, por não designação de cuidador pela Assistência Social (para prestar cuidados pós-alta hospitalar), bem como por ausência de transporte denotam direitos não respeitados. Os profissionais respondem de formas diversas a essas situações de desrespeito. Assim, observam-se desde profissionais que ficam reféns às normas institucionais e que

encontram dificuldades para acolher tais necessidades até aqueles que agem com respostas por vezes inventivas em relação aos protocolos formais em prol do usuário, realidade similar à verificada no estudo de Romagnoli e Silva (2019).

Esse contexto contrariou o que Tronto (2007) considera como cuidado democrático, ou seja, aquele que reconhece que as pessoas que necessitam de cuidados também possuem direitos e ambos devem ser concretizados simultaneamente pelo poder público. Os fatos referidos também contrariaram os pressupostos do Estatuto do Idoso, como a garantia de acesso à rede de serviços locais de Saúde e de Assistência Social (Art. 3º, VIII), a garantia de condições dignas de vida mediante a efetivação de políticas sociais (Art. 9º) e o Artigo 15º, IV, que determina que o direito à saúde também deve ocorrer em atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e que esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e, eventualmente, conveniadas com o poder público (Brasil, 2003).

Vale esclarecer, aqui, o caso do idoso que não conseguiu ser atendido por insuficiência de suporte familiar. Ele pertencia a uma região de moradia que não contava com a cobertura do PAI, o qual poderia auxiliá-lo e transportá-lo para a consulta, haja vista que o programa conta com veículo próprio e um profissional acompanhante. O serviço de Transporte Sanitário Eletivo da Saúde estava suspenso na época da realização do Grupo Focal, por isso o idoso não conseguiu acessá-lo. Atualmente, a saber, o serviço foi normalizado. O Transporte Sanitário Eletivo é direito dos usuários do SUS para deslocamento programado de pessoas para realizarem procedimentos de caráter eletivo, regulados e agendados, sem urgência, em situações previsíveis de atenção programada (Brasil, 2017d).

Ainda em relação a esse caso, é possível refletir sobre a dificuldade de acesso que os usuários possuem devido à territorialização de alguns serviços que, nesses casos, deixa de configurar-se como princípio organizativo e de descentralização das ações e dos serviços e passa, de forma rígida, a comportar-se como demarcação geopolítica que resulta em exclusão daqueles usuários que se situam fora dessa demarcação, cujas demandas, muitas vezes, não obedecem à lógica de limites e fronteiras (Faria, 2013; Tetemann; Trugilho; Sogame, 2016). Realidade similar ocorre com a política de Assistência Social (Koga, 2015). Esse modo de operar a territorialização fere o princípio da universalidade do SUS, que afirma o direito ao acesso.

Autores refletem que os limites dos territórios devem apontar as direções e os fluxos de usuários nos serviços, não impedir os usuários de serem atendidos (Faria, 2013). Considerando que o território é espaço de poder sociopolítico, de controles social, econômico, cultural, em

constante mudança, construção e reconstrução, uma das maneiras de se resolver as desigualdades territoriais é mediante eficientes políticas de planejamento e gestão territorial (Koga, 2015; Tetemann; Trugilho; Sogame, 2016).

Acredita-se que a participação e o controle social dos cidadãos no território de Cidade Ademar podem pressionar e auxiliar no planejamento e na oferta dos serviços de Saúde e Assistência Social.

Sobre o caso da idosa que estava internada e precisava de atendimentos de Saúde na ILPI após a alta hospitalar, um profissional da Assistência Social noticiou, no Grupo Focal, uma Portaria conjunta entre os dois setores que previa a contratação de profissionais da Saúde para os equipamentos de Proteção Especial ao idoso da Assistência Social. A Portaria entrou em vigor meses após a realização do Grupo Focal.

A legislação apontada é a Portaria Intersecretarial nº 1, de 31 de outubro de 2018, da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que dispõe sobre o serviço socio sanitário integrado ou híbrido. Ao se considerar o perfil de vulnerabilidade social e de fragilidade apresentado pelos usuários dos Centros Dia para Idosos, dos Centros de Acolhida Especial para Idosos e das Instituições de Longa Permanência para Idosos, a Portaria aponta a necessidade de acompanhamento nas atividades básicas e instrumentais da vida diária, justificando a atuação de profissionais de Saúde nesses espaços (São Paulo, 2018, 2020; Accioly; Santos; Duarte, 2020). Essa inovação segue o que está ocorrendo em alguns países como Espanha, Portugal, Dinamarca e Irlanda (Santos; Karsch; Menendez Montañés, 2010; Spasova et al., 2018).

Outros autores também afirmam a importância da integração entre Saúde e Assistência Social (Carvalho et al., 2017; Osborn et al., 2014; Yeung et al., 2018; Jasper et al., 2017; Nurjono et al., 2019). As duas secretarias têm a missão de elaborar, de forma conjunta, o Plano de Atenção Integral à Saúde, organizar educação permanente aos profissionais, identificar rede de apoio e retaguarda às demandas dos idosos, planejar fluxos de atenção às necessidades de saúde e sociais e estabelecer responsabilidades e deveres de cada parte (São Paulo, 2018, 2020).

Com a Portaria, as equipes desses serviços passam a acompanhar as pessoas idosas nos atendimentos externos, como consultas, exames, terapias e outras necessidades; é responsabilidade da SMS garantir ações acordadas entre os setores, tais quais a integração, o matriciamento dos serviços da Assistência Social com os serviços da Rede de Atenção à Saúde, o apoio técnico, a vigilância em saúde, as avaliações, os atendimentos terapêuticos, os grupos, a elaboração de PTS, além de fornecer medicamentos e material médico hospitalar.

Para aqueles idosos com satisfatória mobilidade e função cognitiva preservada, o atendimento em Saúde será realizado na UBS do território e, quando necessário, os idosos com mobilidade prejudicada que não tiverem critério para atendimento domiciliar serão atendidos pela UBS com apoio do transporte sanitário. Cabe, ainda, à Central de Leitos de Longa Permanência e à Regulação de Acesso realizarem a organização do acesso aos leitos e às internações para idosos com agravos que impeçam sua permanência nas ILPI públicas e nos CAEI, de acordo com pareceres médicos (São Paulo, 2018; São Paulo, 2020).

Em consonância com a Portaria, o CDI da região já conta com 1 assistente social, 1 psicólogo, 1 enfermeiro, 1 nutricionista e 1 terapeuta ocupacional; e o CAEI passa a contar com 1 enfermeiro e 1 técnico de enfermagem (São Paulo, 2018, 2020). Dessa forma, no ano de 2019, os serviços de Proteção Especial ao idoso mencionados passaram a contar com os profissionais de Saúde, o que trouxe avanço para o cuidado aos idosos mais necessitados e, certamente, resolve parte das problemáticas apontadas na pesquisa.

Os serviços socio sanitários, sem dúvida, são avanços em políticas públicas para os cuidados aos idosos, mas ainda existem diversos outros desafios, como os mencionados pelos profissionais.

O encaminhamento de alguns casos para a Justiça, conforme mencionado no nível *micro*, para auxílio na concretização de direitos, foi abordado pelos profissionais no Grupo Focal, os quais referiram que, muitas vezes, não possuem retornos imediatos, ou o caso passa meses em processo de mediação e, ainda assim, há aqueles que são “devolvidos” para as equipes. Esse tipo de situação parece corroborar a afirmação de Mioto, Dal Prá e Wiese (2018) acerca da contradição entre “funções” do Poder Judiciário, que, por vezes, impõe dilemas significativos para relações entre profissionais dos serviços de Saúde e Assistência Social e seus usuários no que se refere ao acesso aos serviços sociais.

O fenômeno da judicialização ganhou escala, especialmente, após a promulgação da Constituição Federal, quando os direitos sociais se tornaram democráticos e universais. Essa situação representa um paradoxo, uma vez que se recorre às instâncias jurídicas para acessar o que está legalmente garantido (Mioto; Dal Prá; Wiese, 2018). São as limitações dos serviços que dão início ao movimento da “engrenagem” da judicialização (Ramos et al., 2017).

Nesse contexto de contradições, os conflitos que se intensificam no cenário no país mostram que os sistemas político, jurídico e que envolvem o Executivo chegaram ao esgotamento. Assim, medidas são verificadas, como a adoção de aparatos de conciliação pelo Conselho Nacional de Justiça com objetivo de dirimir conflitos em torno da judicialização da Saúde (Delduque; Castro, 2015; Mioto; Dal Prá; Wiese, 2018).

Outra questão que vem ocorrendo nesse contexto de retraimento do papel do Estado é que a família é chamada a responder por essa deficiência, sem receber e ter condições para tanto, e os profissionais têm sido chamados a intervir na emblemática questão do direito à convivência familiar e comunitária (Gomes; Pereira, 2005; Santos; Silva, 2013). Essas constatações parecem estar atreladas quando os profissionais colocam, no Grupo Focal, que “é necessário esgotar todas as possibilidades no território antes de enviar para a Justiça”, até porque “alguns casos voltam” (2018, informação verbal).

Para Ramos et al. (2017), uma forma de se trabalhar a judicialização e suas contradições é o diálogo e o envolvimento entre juizes, promotores de Justiça, gestores públicos, sociedade civil, operadores de Direito, membros da academia, dentre outros envolvidos, em nível dos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, para que proponham soluções conjuntas para minimizar o conflito sociopolítico.

As situações colocadas anteriormente reforçam que, na região de Cidade Ademar, a despeito dos esforços dos setores de Saúde e Assistência Social, ainda há desafios para que a intersetorialidade seja mais bem efetivada, de modo a superar os desafios dos cuidados a idosos.

Trabalhos consultados também verificaram problemáticas na coordenação de ações intersetoriais (Silva; Tavares, 2016; Carmo; Guizardi, 2017; Romagnoli; Silva, 2019), o que gera nas equipes sentimentos de impotência e limitação (Romagnoli; Silva, 2019).

Os serviços de Saúde e Assistência Social da região de Cidade Ademar, salvo os CRAS e CREAS, são geridos via Organizações Não Governamentais conveniadas com o governo municipal e direcionadas pelo poder público. Considera-se que os dirigentes das políticas, das ONG e os trabalhadores de linha de frente podem, em conjunto, potencializar a intersetorialidade, de forma a construir possibilidades de avanço para atenção aos usuários.

Para tanto, é necessário apoio da gestão e das lideranças a fim de ampliar ações integradoras entre as políticas públicas, com envolvimento da população usuária em ações de controle social (Valentijn, 2015; Silva; Tavares, 2016; Romagnoli; Silva, 2019).

Fazem-se necessárias construção de interfaces entre os setores e as instituições governamentais e não-governamentais (Silva; Tavares, 2016; Romagnoli; Silva, 2019; Brasil, 2018a), articulação de saberes e experiências, alterações na gestão pública, qualificação profissional para trabalhadores que atuam na assistência e na gestão, reestruturação da porta de entrada com resolutividade na atenção a demandas provenientes do território ou de níveis diferentes de atenção, estímulo à interação entre gestão e assistência, construção da rede fortalecida com reuniões regulares entre parceiros, contando com rede de comunicação conectada e dialógica (Silva; Tavares, 2016; Romagnoli; Silva, 2019).

Além dessas mudanças, a intersectorialidade também deve orientar o cotidiano dos serviços, as práticas de trabalho com empoderamento e a responsabilização profissional, favorecendo a tomada de decisão e a resolutividade das ações, como um dispositivo que permite o encontro com a alteridade, a sustentação de conflitos e de tensões, prevenindo duplicidade de ações, articulando recursos e ideias (Inojosa, 2001; Romagnoli; Silva, 2019). Ou seja, a intersectorialidade se constitui a partir de relações sociais, em que se faz imprescindível o compartilhamento de visões de mundo, de interesses e de objetivos comuns (Lancman et al., 2019).

Koga (2015) apresenta uma reflexão que apoia os serviços socio sanitários ao afirmar que a incompletude das políticas sociais remete, concomitante e potencialmente, à completude coletiva no sentido dos “territórios comuns de atuação”. A questão da infraestrutura de e para os serviços, por exemplo, deve e pode ser intersectorialmente pactuada com recursos físico-administrativos. Muitas vezes, entretanto, as questões burocráticas e administrativas têm imposto limites à intersectorialidade.

Tendo em vista o fortalecimento do relacionamento entre os setores, na cidade de São Paulo foi criado o Plano Municipal Intersectorial de Políticas Públicas para Pessoas Idosas, objetivando integrar e construir uma agenda comum de trabalho com as Secretarias Municipais, de forma a desenvolver uma metodologia de articulação de rede de atendimento à pessoa idosa no município (São Paulo, 2019b).

Recursos e políticas sociais

No nível *meso*, foi discutido o impacto da insuficiência de recursos humanos, físicos e materiais na qualidade dos serviços de Saúde e Assistência Social e na estrutura de trabalho. Os profissionais colocaram, em ambas as etapas da pesquisa de campo, a necessidade de maiores provimentos de recursos para os serviços existentes. Um exemplo citado no questionário por um profissional da Assistência Social é a falta de vagas em ILPI, que sobrecarrega outros serviços, como o CAEI, que, pela normativa, trata-se de instituição de estadia temporária. Outros relatos feitos no Grupo Focal representam a falta de investimento em outras políticas, como as de lazer e de atenção ampliada em reabilitação de idosos.

Nesse contexto, autores recomendam arranjos de financiamento, inclusive a possibilidade de financiamento conjunto entre a Saúde e a Assistência Social, para suprir as demandas da população (Carvalho et al., 2017 e Jasper et al., 2017). Outras estratégias indicadas referem-se à implementação de processos de avaliação da qualidade dos serviços e à revisão regular da capacidade de oferta equitativa (Carvalho et al., 2017; Yeung et al., 2018).

Sensibilização da população

Foi discutida, no nível *micro*, a questão do preconceito contra a velhice, da não aceitação desse processo, ou do ageísmo, por parte das pessoas idosas, mas os profissionais também mencionaram esse desafio no âmbito da comunidade e da sociedade.

Burnes et al. (2019) afirmam que desenvolver intervenções para combater o preconceito de idade é um componente crítico para o envelhecimento saudável. Intervenções de combate a esse problema incluem, além das mencionadas no nível *micro*, educação de profissionais e do público em geral (WHO, 2015), acolhimento da população idosa na sociedade, incentivo às pesquisas sobre velhice, fortalecimento de movimentos de defesa da população idosa e conscientização contra o ageísmo (North, 2015).

Acessibilidade

A temática “acessibilidade” é ampla e foi tratada pelos profissionais, no questionário e no Grupo Focal, abarcando diversos e importantes desafios a serem enfrentados para a efetividade dos cuidados e planos de cuidados aos idosos. Em relação a esses desafios, não foi relatada nenhuma estratégia de ação.

O primeiro desafio relacionado à acessibilidade foi a dificuldade de **acesso** dos usuários aos serviços por falta de vaga, por entraves em diretrizes organizacionais e pela territorialização de alguns serviços, como tratado anteriormente.

Outros desafios referiram-se à dificuldade em mobilidade urbana, em segurança e em acessibilidade arquitetônica em ruas, calçadas e construções, além de falta de acessibilidade atitudinal, abrangendo comportamentos não amigáveis perante os idosos.

Em relação à mobilidade urbana, profissionais relataram insuficiência de veículos e trajetos, o despreparo de motoristas para tratamento adequado ao idoso e a estrutura física dos veículos que não são adaptados. Koga (2015) coloca que a mobilidade urbana é essencial para o acesso, a despeito disso, observam-se limitações de fluxos dos transportes públicos relacionadas à distribuição dos pontos de parada, aos trajetos que privilegiam destinos para regiões centrais da cidade em detrimento dos destinos intraurbanos e aos territórios desconectados pela rede de transporte. Essas afirmações foram reafirmadas pelos profissionais.

Carvalho et al. (2017) relataram em estudo que a ausência de transporte ou a impossibilidade de pagar por ele são as principais barreiras aos idosos. Esses autores também citaram exemplos da falta de acessibilidade ao relatarem banheiros não acessíveis, longas filas, barreiras na comunicação quando usuários possuem déficit auditivo ou visual e atitudes ageístas (Carvalho et al., 2017). Outros exemplos da insuficiência em acessibilidade aos idosos

relacionam-se à iluminação pública inadequada, à carência de barras-guias em escadas, a semáforos para pedestres com tempo inadequado para pessoas com mobilidade reduzida e a rampas com inclinação inadequada (Veiga; Pereira, 2018).

A acessibilidade aos idosos é orientada em diversas legislações e orientações nacionais e internacionais, a exemplo do Estatuto do Idoso e do Guia Global Cidade Amiga do Idoso (Brasil, 1994, 2003, 2017a, 2018d; OMS, 2008; São Paulo - Estado, 2012; São Paulo, 2019c). É possível citar, também, além do direito da pessoa idosa a acesso a serviços, o direito a acessibilidades arquitetônica e atitudinal e o direito à prioridade em fomento de políticas públicas.

Ressalta-se que, em 2017, os idosos com 80 anos ou mais passaram a ter preferência especial em relação aos outros idosos para atendimento de suas necessidades e, em específico, nos serviços de Saúde e na tramitação de processos judiciais³⁴. Por fim, os serviços e a cidade devem estar adaptados às necessidades dos mais velhos (OMS, 2008; Carvalho et al., 2017; Veiga; Pereira, 2018).

7.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de organização dos dados e das informações da pesquisa em categorias temáticas foi complexo, tanto no que se refere a desafios para gestão do cuidado e de planos de cuidados a idosos quanto no tocante às estratégias de superação. Essa complexidade deriva, especialmente, do fato de as categorias serem numerosas e interligadas.

Então, foi possível perceber que, mesmo as categorias temáticas estando elencadas em cada um dos níveis — *micro*, *meso* e *macro* —, alguns assuntos perpassaram mais de um nível, como a insuficiência de recursos, a participação e o controle social e a intersetorialidade. Verifica-se que os níveis são interdependentes, retroalimentam-se, sendo que o nível *macro* parece direcionar e possibilitar mudanças necessárias em outros níveis.

Assim, a partir das situações e dos contextos apresentados pelos profissionais no preenchimento do questionário e na participação no Grupo Focal, comparados e discutidos com a literatura, depreende-se que, para alcançar serviços de Saúde e Assistência Social integrados e cuidados adequados e equânimes à população idosa, é necessária transformação nos níveis *macro*, *meso* e *micro*.

³⁴ Lei nº 13.466, de 12 de julho de 2017. [acesso em 25 out. 2020]. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=13/07/2017>.

Verifica-se, nesse contexto, adoção de algumas estratégias de superação aos desafios, promovidas pelos profissionais da Saúde e da Assistência Social, pelas equipes e pelo governo local, a fim de garantir o bem-estar dos idosos da região de Cidade Ademar. Essas estratégias estão voltadas ao aprimoramento do cuidado e, conseqüentemente, aos planos de cuidados aos idosos. Entretanto, ainda são necessárias mudanças, para que nenhum idoso tenha seus direitos violados e toda a população idosa seja atendida com qualidade e dignidade, sendo necessário reconhecer a não efetivação das políticas de Saúde e Assistência Social, conforme preconizam a Seguridade Social e a Constituição Federal de 1988.

Considera-se que os planos de cuidados a idosos, que compõem o cuidado em nível *micro*, são dependentes da estruturação e da efetividade do sistema, nos níveis *meso* e *macro*, ou seja, os planos de cuidados dependem de incentivos e organização por parte do Estado e do governo para estruturar as políticas, fomentar o relacionamento entre os setores, melhorar as condições de trabalho dos profissionais, promover a educação permanente e incentivar a participação e o controle social. É essa realidade que está em construção na região de estudo. Tal situação parece justificar o insuficiente conhecimento por parte de cada setor sobre os instrumentais referentes aos planos de cuidados. Dos profissionais que mencionaram conhecê-los e utilizá-los, foi possível verificar que cada setor possui sua rede e suas ferramentas próprias, com objetivos similares.

No início da pesquisa, elencaram-se algumas hipóteses para a fragmentação do cuidado local ao idoso, especialmente aos mais frágeis. Ao analisar percepções dos profissionais e correlacioná-las com documentos oficiais, bibliografia e realidade político-administrativa (local e regional), hipóteses foram comprovadas: a fragmentação do cuidado à pessoa idosa decorre da insuficiência de efetivação das políticas sociais; o diálogo e a comunicação entre as equipes que compõem a assistência ao idoso e a seus cuidadores também se confirmaram como fundamentais para atender às demandas singulares dessa população.

Em relação às limitações do estudo, podem-se apontar:

- A participação da pesquisadora na condução do Grupo Focal, sendo ela integrante de uma das equipes de trabalho em Saúde na região pesquisada. Para minimizar sua interferência nos resultados, foi exercida, no Grupo Focal, a função de segunda moderadora.
- A maciça predominância de mulheres na pesquisa de campo. Se o perfil dos participantes pode, por um lado, ser compreendido como limitação do estudo; por outro lado, considera-se que deu voz àquelas que tradicionalmente têm se ocupado do cuidar, inclusive profissionalmente.

- O número restrito de participantes na 1ª etapa da pesquisa de campo, a aplicação de questionário on-line, pode ser apontado como um dos limites do estudo. Embora os questionários on-line pudessem ser aplicados a um número grande de pessoas, nossa intenção era abordar as mesmas pessoas durante as duas etapas da pesquisa de campo, visando oportunizar aos participantes maior reflexão sobre o tema. Assim, a opção por um número pequeno ancorou-se na sua adequação para o Grupo Focal.
- Outra limitação do estudo pode ser imputada ao fato de os participantes da Saúde se constituírem profissionais de uma mesma Organização Social de Saúde, a OS-Santa Catarina, na época. Assim, não houve possibilidade para refletir sobre possível influência de diferenças gerenciais nos cuidados dos idosos realizados por diferentes parceiros da SMS.

Quanto às potencialidades do estudo, destacam-se: a ausência de pesquisas referenciadas na literatura indexada nas bases de dados científicos que abordem a interface Saúde e Assistência na visão de profissionais para a gestão de cuidado e planos de cuidados a idosos; a possibilidade de auxílio para o gerenciamento de políticas públicas na região estudada, em outras regiões da cidade de São Paulo e em outros municípios, incluindo a Saúde Suplementar; e a importância da contribuição da pesquisa para o amadurecimento e o debate gerontológicos acerca do gerenciamento de cuidados à população idosa.

Ainda se aponta que, neste estudo, foi abordado contexto diversificado de serviços da região nos setores de Saúde e Assistência Social, que se estendeu da Atenção Básica em Saúde e Proteção Social Básica até serviços da Atenção Especializada em Saúde e Proteção Social Especial. A abrangência de serviços envolvidos permitiu observar diferentes perspectivas sobre o tema central.

De modo a potencializar o conhecimento sobre cuidado e gestão de planos de cuidados, sugerem-se estudos futuros sobre os temas em outros pontos da rede, incluindo serviços hospitalares, aqueles voltados aos Cuidados Prolongados, com a Rede de Atenção às Emergências, serviços de transportes eletivo e emergencial, serviços de diagnósticos, entre outros. Indicam-se pesquisas que envolvam representantes da gestão pública, usuários e demais atores envolvidos na atenção à população idosa.

As recomendações da literatura e dos documentos, bem como as informações obtidas com os profissionais, compiladas neste estudo, podem potencializar as mudanças necessárias para que o cuidado e os planos de cuidados a idosos se fortaleçam, objetivando efetivar a qualidade de vida e o bem-estar da população idosa da região de Cidade Ademar. Ademais,

considera-se que os resultados deste trabalho também podem se constituir referência para análise e qualificação do cuidado aos idosos em outras localidades.

8 CONCLUSÃO

O aumento da expectativa de vida e de pessoas idosas com doenças crônico-degenerativas requer incremento dos esforços dos órgãos públicos para adequações das políticas sociais, em especial nos setores de Saúde e Assistência Social. Nessa perspectiva, a gestão de cuidados em torno do envelhecimento e da velhice deve avançar.

De modo a contribuir para melhoria aos cuidados à população idosa, objetivou-se identificar e analisar percepções de profissionais da Saúde e da Assistência Social da região de Cidade Ademar, do município de São Paulo, acerca dos desafios para a gestão de planos de cuidados a idosos e das estratégias de superação.

O presente estudo combinou dados de literatura, de documentos oficiais e aqueles obtidos em pesquisa de campo. Espera-se que os resultados obtidos, em conjunto, possam contribuir para melhorar o fluxo do cuidado ao idoso de forma ampla e, em específico, a gestão de planos de cuidados, ao alertarem gestores e profissionais acerca dos desafios e das possíveis estratégias a serem empreendidas nos níveis de atenção *micro*, *meso* e *macro*.

As informações derivadas do estudo nos permitem afirmar, inicialmente, que planos de cuidados devem ser considerados como parte do sistema dinâmico que envolve o cuidado em sentido ampliado. Na pesquisa, ficou evidente que, a despeito de orientações sobre a realização de planos de cuidados nos documentos oficiais dos dois setores (Saúde e Assistência Social), não há homogeneidade de conhecimento, discursos e práticas nos serviços da rede em relação ao tema.

No nível *micro*, os profissionais elencaram como maiores desafios para a gestão do cuidado e dos planos de cuidado a idosos as suas limitações cognitivas, físicas, funcionais e sensoriais, a ausência ou a insuficiência de suporte familiar a essa população, as dificuldades socioeconômicas e relacionadas ao autocuidado. Os participantes apontaram como estratégias de superação de desafios o fortalecimento do autocuidado dos idosos e familiares, o mapeamento e a aproximação à rede familiar do idoso, as discussões em rede intersetorial local, incluindo a Justiça, quando necessário, e a melhoria na efetivação de políticas públicas.

Já no nível *meso*, foram apontados como desafios: o despreparo de profissionais técnicos e de outros colaboradores dos serviços para compreensão dos contextos dos idosos e para atendimento de qualidade a eles, a dificuldade na comunicação entre as equipes da rede e a insuficiência de recursos para o trabalho. Diante do despreparo, foram mencionadas como estratégias de superação a oferta adequada de educação permanente e a sensibilização sobre o envelhecimento e a velhice para todos os trabalhadores dos serviços. O avanço nos processos

de comunicação e de trabalho em equipe também foi assinalado como estratégia fundamental. Ainda, o provimento de recursos físicos, humanos e materiais foi mencionado pelos participantes para o exercício de suas funções de forma digna.

Em se tratando do nível *macro*, a escassa efetivação das políticas públicas foi o principal desafio elencado e abrangeu dificuldade de diálogo intersetorial devido a limites das redes setoriais, falta de vagas nos serviços, ausência de algumas políticas específicas voltadas para o lazer e para a atenção ampliada em reabilitação e o *deficit* na acessibilidade global para a população idosa. Nesse sentido, a potencialização das políticas públicas foi uma das estratégias mais referidas pelos profissionais para enfrentamento e superação dos desafios mencionados.

Ao elencarem desafios para o cuidado e para os planos de cuidados a idosos nos três níveis de atenção, evidencia-se a necessidade da integração múltipla e da retroalimentação equilibrada de ações nos três níveis, visando à equidade do cuidado às pessoas idosas. A falta de retroalimentação equilibrada tem contribuído, na região, para exclusão e entraves à efetivação de direitos, à proteção e à dignidade dos idosos, em especial dos mais frágeis e vulneráveis.

Por fim, os resultados deste estudo reforçam a importância da evolução das políticas sociais e do apoio da gestão regional para potencialização do diálogo intersetorial entre a Saúde e a Assistência Social e do diálogo e da conscientização entre profissionais, usuários, familiares, sociedade civil, dirigentes, governantes e pesquisadores, para promoção de um cuidado integrado aos idosos, qualificando a implantação da RASPI na região de Cidade Ademar.

REFERÊNCIAS³⁵

Accioly M, Santos A, Duarte YAO. Rede de suporte social e idosos que moram sós: desafios para políticas públicas. *Mais 60 - Estudos sobre Envelhecimento*. 2020 ago;31(77):24-37.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2012.

Al-Tannir M, AlGahtani F, Abu-Shaheen A, Al-Tannir S, AlFayyad I. Patient experiences of engagement with care plans and healthcare professionals' perceptions of that engagement. *BMC Health Serv Res* [on-line]. 2017 dez;17(853). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2806-y>

Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC. Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA; 2016.

Alcântara AO, Debert GG. Família e velhice: revisitando mitos e certezas. Congresso Brasileiro de Sociologia, 2007; Recife, PE. Anais. (2007, v. 1, p. 1-3).

Alkema GE, Alley DE. Gerontology's future: an integrative model for disciplinary advancement. *Gerontologist*. 2006;46(5): 574-589.

Almeida MHM. CICA: Instrumento para Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 1997.

Almeida MHM. Validação do instrumento C.I.C.A.c.: Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2003.

Almeida MHM, et al. Confiabilidade do instrumento para Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2008 fev [citado 30 nov. 2017];42(2):Epub 29. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000200018.

Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 set;42(spe1):244-260. [acesso em 10 abr. 2020] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>.

Andrade SCV, et al. Perfil de saúde dos idosos assistidos pelo Programa Acompanhante de Idosos na Rede de Atenção à Saúde do Município de São Paulo. *Einstein (São Paulo)* [on-line]. 2020 abr;18(Eao5263). Disponível em: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ao5263.

³⁵ Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação: Vancouver Style. Universidade de São Paulo. Sistema Integrado de Bibliotecas da USP. Diretrizes para apresentação de Dissertações e Teses da USP: parte IV (Vancouver). Elaborador por Vânia Martins B.O. Funaro et al. 3ª ed. rev. ampl. mod. São Paulo: SIBi/USP; 2016.

Aquino FTM, Cabral BES. O idoso e a família. In: Freitas EV, Py L, Néri AI, Cançado FAX, Gorzoni L, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 1056-1060.

Arkkukangas M, et al. One-year adherence to the Otago exercise program with or without motivational interviewing in community-dwelling older adults. *J Aging Phys Act.* 2018;26: 390-395.

Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Cien Saude Colet.* 2001;6(1):63-72.

Ayres JRCM. Care and reconstruction in healthcare practices. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2004;8(14):73-92.

Ayres JRCM. Prefácio à 8ª edição. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2009. p. 11-14.

Baltes PB, Baltes MM, editores. Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. Cambridge: Cambridge University Press; 1990. Successful aging: perspectives from behavioral sciences; p. 1-34.

Baltes PB, Smith J. Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: da velhice bem sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. *Gerontology.* 2003;(49):123-135.

Barbosa PR, Carvalho AI. Organização e Funcionamento do SUS. 2a ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília: CAPES/UAB, 2012.

Barboza EMQ, Kozicki K. Judicialização da política e controle judicial de políticas públicas. *Rev Direito Gv (São Paulo).* 2012 jan-jun;8(1):59-86.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.

Batista MPP. Reflexões sobre o processo de trabalho do acompanhante de idosos do Programa Acompanhante de Idosos (PAI) no município de São Paulo, SP (Brasil). [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2013, 170p.

Batista MPP, Almeida MHM, Lancman S. Políticas públicas para a população idosa: uma revisão com ênfase nas ações de saúde. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo.* 2011 set-dez;22(3):200-207. [acesso em 01 out. 2019]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/46383/50140>.

Batistella C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA AF, CORBO AMD'A, organizadores. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 51-86.

Batistoni SST. Teorias psicológicas do envelhecimento. In: Aula Pós-graduação/Disciplina Fundamentos da Gerontologia. EACH/USP; 2018.

Beauvoir S. A velhice. Trad. Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

Berntsen G, et al. The evidence base for an ideal care pathway for frail multimorbid elderly: combined scoping and systematic intervention review. J Med Internet Res [Internet]. 2019;21(4):e12517. Disponível em: <http://www.jmir.org/2019/4/e12517/>. doi: 10.2196/12517 PMID: 31008706.

Berzins MAVS. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. Serviço Social & Sociedade (São Paulo: Cortez). 2003;(75):19-35.

Berzins MAVS, Giacomini KC, Camarano AA, organizadores. Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio De Janeiro: IPEA; 2016. A Assistência Social na Política Nacional do Idoso; p. 107-134. [acesso em 20 nov. 2020]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/161006_livro_politica_nacional_idosos.PDF.

Berzins MAVS, Paschoal SMP. Programa "Acompanhante de Idosos". BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.) [periódico na internet]. 2009 abr.;(47):53-55. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122009000200014&lng=pt.

Blom J, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a proactive, goal-oriented, integrated care model in general practice for older people. A cluster randomised controlled trial: Integrated Systematic Care for older people—the ISCOPE study. Age and Ageing [Internet]. 2016;45:30-41. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26764392>. doi: 10.1093/ageing/afv174.

Boccardo ACS, Zane FC, Rodrigues S, Mângia EF. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 2011 jan-abr;22(1):85-92.

Boff L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. Inclusão Social (Brasília). 2005 out;1(1):28-35.

Boutette M, et al. Establishing an integrated model of subacute care for the frail elderly. Healthcare Forum. 2018;31(4):133-136. doi: 10.1177/0840470418774807.

Braga SFM, et al. As políticas públicas para os idosos no Brasil: a cidadania no envelhecimento. Diálogos interdisciplinares. 2016;5:94-112.

Brasil. Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10a ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social; 2012a.

Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Norma Operacional Básica (NOB) do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 1996a. [acesso em 29 out. 2019]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>.

Brasil. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. [revogado pelo Decreto nº 9.921, de 2019]. Brasília (DF); 1996b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm.

Brasil. Decreto nº 9.328, de 3 de abril de 2018. Institui a Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa. Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa. [revogado pelo Decreto nº 9.921, de 2019]. Brasília (DF); 2018a.

Brasil. Decreto nº 9.893, de 27 de junho de 2019. Dispõe sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. Brasília (DF); 2019a.

Brasil. Decreto nº 9.921, de 18 de julho de 2019. Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática da pessoa idosa. Brasília (DF); 2019b.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o Funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF); 1990. [acesso em 29 out. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

Brasil. Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Lei Orgânica da Seguridade Social. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Seguridade. Brasília (DF); 1991. [acesso em 29 out. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8212cons.htm.

Brasil. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília (DF); 1993. [acesso em 29 out. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm.

Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília (DF); 1994. [acesso em 29 out. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm.

Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília (DF); 2003. [acesso em 23 out. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm.

Brasil. Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília (DF); 2011a.

Brasil. Ministério da Saúde. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012b. [acesso em 30 out. 2019]. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2921879/mod_resource/content/1/Apostila%20MS%](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2921879/mod_resource/content/1/Apostila%20MS%20de%20Alimentacao%20e%20Nutricao.pdf)

20-%20RAS_curso%20completo-M%C3%B3dulo%202-APS%20nas%20RAS%20-%20Pg%2031-45.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: proposta de modelo de Atenção Integral. Brasília: Ministério da Saúde; 2014a. [acesso em 14 out. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Cadernos da Atenção Básica;(19). Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 64p.

Brasil. Ministério da Saúde. Políticas Nacionais de Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2017a. [acesso em 30 out 2019]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=03/10/2017&jornal=1040&pagina=61&totalArquivos=716>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF); 2017b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS). Brasília (DF); 2002. [acesso em 23 out. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília (DF); 2006b. [acesso em 23 out. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999. Política de Saúde do Idoso. Brasília (DF); 1999. [acesso em 29 out. 2019]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/3idade/?page_id=117.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 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); 2017c. [acesso em 22 mar. 2020]. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF); 2006c. [acesso em 23 out. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.563, de 03 de outubro de 2017. Transporte Sanitário Eletivo. Brasília (DF): MS; 2017d. [acesso em 24 out. 2020]. Disponível em: Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2563_04_10_2017.html. Acesso em 08/10/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012. Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 2012c.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde; 2013a. [acesso em 24 out. 2020]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014b. [acesso em 10 out. 2020]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018c.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Estado de Assistência Social. Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001. Estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, nas modalidades previstas na Política Nacional do Idoso, e aos desafios que o crescimento demográfico impõe ao país. Brasília (DF); 2001. [acesso em 12 out. 2019]. Disponível em:
<https://www2.camara.leg.br/legin/marg/portar/2001/portaria-73-10-maio-2001-325960-publicacaooriginal-1-seas.html>.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa: Documento Técnico. Brasília: MDS; 2018d.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Assistência Social. Orientações técnicas para elaboração do Plano Individual de Atendimento (PIA) de crianças e adolescentes em serviços de acolhimento. Brasília (DF); 2018e.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Orientações técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. Brasília: MDS; 2011b.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Orientações técnicas: Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas. Brasília (DF): MDS; 2017e. 140 p.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Orientações Técnicas sobre o serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF: trabalho social com famílias. Brasília: MDS; 2012d. [acesso em 23 out. 2019]. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Orientacoes_PAIF_2.pdf

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social/2004. Norma Operacional Básica/SUAS. Brasília: MDS; 2005.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Educação Permanente do SUAS. 1a ed. Brasília (DF): MDS; 2013b, 57p.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Tipificação Nacional de Serviço Socioassistenciais. Brasília (DF): MDS; 2014c. [acesso em 24 ago 2020]. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Síntese dos indicadores sociais. [Internet]. IBGE: Rio de Janeiro; 2010b. [acesso em 20 nov. 2020]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45700.pdf>.

Brasil. Norma Operacional Básica – NOB/Sistema Único da Assistência Social. Brasília (DF); 2012e. [acesso em 24 out. 2020]. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/public/NOBSUAS_2012.pdf.

Brasil. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) no Brasil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011c.

Bigai F. [Imagem da internet] Bairro Cidade Júlia – Cidade Ademar. Gallery, dez. 2008. Disponível em: https://img.socioambiental.org/v/Mananciais/expedicao_fotografica_mananciais/grupos/8/flabigai_hotmail_com/.

Burnes D, et al. Interventions to reduce ageism against older adults: a systematic review and meta-analysis. *AJPH Open-Themed Research* [Internet]. 2019 ago;109(8). Disponível em: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2019.305123>. doi: 10.2105/AJPH.2019.305123

Camarano AA. Os dependentes da renda dos idosos e o coronavírus: órfãos ou novos pobres? *Ciênc Saúde Colet* [Internet] (Rio de Janeiro). 2020 out;25(2). doi: 10.1590/1413-812320202510.2.30042020.

Campos GWS, Domiti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública* [on-line]. 2007;23(2):399-407. ISSN 1678-4464. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.

Canguilhem G, organizador. *Escritos sobre a Medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2005.

Caponi S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências e Saúde (Manguinhos)*. 1997 jul-out;IV(2):287-307.

Carmo ME, Guizardi FL. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. *Physis (Rio de Janeiro)*. 2017;27(4):1265-1286.

Carvalho IA, et al. Organizing integrated health-care services to meet older people's needs [Internet]. *Health Organ Bull*. 2017;95:756-763. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.187617>

Cecílio LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface Comun Saúde Educ*. 2009;13(Supl 1):545-55.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001.

CEPAL. Segunda Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento na América Latina e no Caribe: uma sociedade para todas as idades e de proteção social baseada em direitos. [acesso em 20 out. 2020]. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_informes/11.pdf.

Cervo AL, Bervian PA. *Metodologia científica*. 5a ed. São Paulo: Prentice Hall; 2002.

Chaimowicz F. Envelhecimento e saúde no Brasil. In: Freitas EV, Py L, editoras. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p. 153-184.

Chirico F. Spiritual well-being in the 21st century: it is time to review the current WHO's health definition. *J Health Soc Sci*. 2016;1(1):11-16.

Conselho Federal de Serviço Social - CFESS. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS nº 273/93. [Internet]. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_1993.pdf.

Costa EFA, Galera SC. Programa de Educação Continuada. Avaliação Geriátrica Ampla. [Internet]. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2013. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/aula-aga.pdf>.

Costa GDS. Grupos focais: um novo olhar sobre o processo de análise das interações verbais. *Rev. Intercâmbio (São Paulo: LAEL/PUCSP)*. 2012;XXV:153-172. ISSN: 2237-759x 156.

Debert GG. Velhice e o curso da vida pós-moderno. Revista USP [Internet]. 1999;(42):70-83. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i42p70-83>

Dejours C. Trabalho e emancipação (Trabalho Vivo, tomo II). Brasília: Paralelo; 2012.

Delduque MC, Castro EV. A mediação sanitária como alternativa viável à judicialização das políticas de saúde no Brasil. Saúde debate. 2015;9(105):506-513.

Departamento de Atenção Básica - DAB. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). [Internet]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/nasf>.

Dhar N, Chatuverdi SK, Nandan D. Spiritual Health Scale 2011: defining and measuring 4th dimension of health. Indian J Community Med. 2011 Oct-Dec;36(4):275-282.

DIEESE. Quem são os idosos brasileiros. Boletim especial, nº 1, 30 abr. 2020. [acesso em nov. 2020]. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/boletimespecial/2020/boletimEspecial01.html>.

Duarte YAO, Diogo MJD. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: Freitas EV, Py L, editoras. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p. 1789-1801.

Duarte YAO, Domingues MAR. Família, rede de suporte social e idosos: instrumentos de avaliação. São Paulo: Blücher; 2020.

Faleiros VP. A Política Nacional do Idoso em questão: passos e impasses na efetivação da cidadania. In: Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC. Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA; 2016. p. 515-536.

Faria HP; Werneck MAF; Santos MA; Teixeira PF. Processo de trabalho em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009.

Faria RM. A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. Hygeia - Rev Bras Geo Médica e da Saúde. 2013 jun;9(16):131-147. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia>.

Ferraro KF. The evolution of gerontology as a scientific field of inquiry. In: Wilmold JM, Ferraro KF, editors. Gerontology: perspectives and issues. 3rd ed. New York: Springer Publishing; 2014. p. 13-33.

Ferraro KF, George LK. Aging and the social sciences: progress and prospects. In: Ferraro KF, George LK, organizers. Handbook of Aging and Social Sciences. 8th ed. London: Elsevier; 2016. p. 03-22.

Ferreira SS. NOB-RH Anotada e Comentada. Brasília (DF): MDS; Secretaria Nacional de Assistência Social; 2011. 144 p.

Fonseca RFM. Prevenção de quedas nos idosos: adesão na atenção primária [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Tecnologia e Inovação em Enfermagem; 2018.

Freitas EV, Miranda RD. Avaliação Geriátrica Ampla. In: Freitas EV, Py L, editoras. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p. 1375-1387.

Freitas MPD, Moraes EN. Estrutura da Rede De Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. In: Borges APA, Coimbra AMC, organizadores. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Rio de Janeiro: Ensp, Fiocruz; 2008. p. 191-304. Disponível em: <http://goo.gl/silghO>.

Fries CJ. Healing Health Care: from sick care towards salutogenic healing systems. Soc Theory Health. 2020;18:16-32. [acesso em 01 ago. 2020]. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1057/s41285-019-00103-2.pdf>.

Fritzen JP. A feminização da assistência social: discutindo gênero e sua interface com a proteção social. Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social. Florianópolis: UFSC, 2015.

Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Liber; 2005.

Giannini LIS, et al. A cooperação como instrumento de enfrentamento do real: o caso dos magistrados do trabalho no Brasil. Laboreal [on-line]. 2019;15(1). Disponível em: <http://journals.openedition.org/laboreal/1202>. doi: <https://doi.org/10.4000/laboreal.1202>.

Giguere AMC, et al. Key stakeholders' views on the quality of care and services available to frail seniors in Canada. BMC Geriatrics [Internet]. 2018;18:290. doi:10.1186/s12877-018-0969-y.

Goldfarb DC, Lopes RG. Avosidade: a família e as gerações. In: Freitas EV, Py L, editoras. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p. 2182-2193.

Gomes MA, Pereira MLD. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. Ciên Saúde Colet. 2005;2(10):357-363.

Gondim SMG. Grupos Focais com técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. Paidéia [Internet]. 2003;12(24):149-161. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v12n24/04.pdf>.

Google. GSuite. [Internet]. [acesso em: 15 nov. 2017]. Disponível em: https://gsuite.google.com/intl/pt-br/products/docs/?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=latam-BR-all-pt-dr--all-super-trial-e-latam

Gorzoni ML, et al. Comorbidade, multimorbidade e apresentações atípicas das doenças nos idosos. In: Freitas EV, Py L, editoras. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p. 1322-1359.

Grabois V. Gestão do cuidado. In: Oliveira RH, Grabois V, Mendes Júnior WJ, organizadores. Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro: EAD/Ensp; 2009.

Heck RM, Langdon EJM. Envelhecimento, relações de gênero e o papel das mulheres na organização da vida em uma comunidade rural. In: Minayo MCS, Coimbra Júnior CEA, organizadores. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 129-151.

Hirata H, Guimarães NA, organizadores. Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care. São Paulo: Atlas; 2012.

Hooyman NR, Kiyak HA. Social gerontology: a multidisciplinary perspective. University of Washington. 10th ed. Hoboken: Pearson; 2017.

IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. [Internet]. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000144.pdf>.

IBGE. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42597.pdf>.

Inojosa RM. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. Cadernos FUNDAP, 2001;(22):102-110. Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos.pdf.

Jacob Filho W. Promoção da saúde do idoso: um desafio interdisciplinar. In: Jacob Filho W, Carvalho Filho ET. Promoção da saúde do idoso. São Paulo: Lemos Editoriais; 1998.

Jasper et al. Practitioners preferences of care coordination for older people: a discrete choice experiment. J Gerontol Soc Work. 2017;61:2:151-170. doi: 10.1080/01634372.2017.1417342.

Junia R. Conceito ampliado de saúde pode ajudar a saber se uma população é saudável. Agência Fiocruz, 04 abr. 2011. [acesso em 04 ago. 2019]. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/conceito-ampliado>.

Junqueira LAP. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. Rev.Saúde e Sociedade v.13, n.1, p.25-36, jan-abr 2004.

Kaambwa B, et al. Investigating consumers' and informal carers' views and preferences for consumer directed care: a discrete choice experiment. Social Science & Medicine. 2015;140:81-94.

Kairalla MC, Berretta JM. Transição de cuidados. In: Freitas EV, Py L, editoras. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014. p. 1511-1523.

Kamei T, et al. Toward advanced nursing practice along with people-centered care partnership model for sustainable universal health coverage and universal access to health. Rev. Latino-Am. Enferm [Internet]. 2017;25:e2839. doi: 10.1590/1518-8345.1657.2839.

Koga DHU. Subsídios para delimitação do território de Proteção Social Básica/PSB do SUAS nos diferentes portes municipais, com enfoque nos territórios intraurbanos, a partir do estudo da concepção de território para a Política Nacional de Assistência Social. Brasília: MDS; 2015.

Kuusisto A, et al. Standardizing key issues from hospital through an electronic multi-professional discharge checklist to ensure continuity of care. *Medinfo* [Internet]. 2019:664-668. doi: 10.3233/SHTI190306.

Lancman S, et al. Precarização do trabalho e sofrimento psíquico: ação em psicodinâmica do trabalho em um serviço de farmácia hospitalar universitário. *Rev. bras. saúde ocup.* (São Paulo). 2019 nov;44:01-09.

Lancman S, et al. Intersetorialidade na saúde do trabalhador: velhas questões, novas perspectivas? *Ciê. Saúde Colet.* 2020 set;25(10):4033-4044. doi: 1413-812320202510.27572018.

Larkin M. Combating ageism: a groundbreaking study examines interventions to bridge generations. *The Journal on Active Aging*. 2019. [acesso em 20 out. 2020]. Disponível em: <https://www.highpointnc.gov/DocumentCenter/View/12408/Newsletter-January-March-2020?bidId=>.

Lima AMM, Silva HS, Galhardoni R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface: Com, Saúde e Educ.* (Botucatu). 2008 out-dez;12(27):795-807.

Lima EFA, et al. Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. *Rev Enferm UERJ* (Rio de Janeiro). 2016;24(1):e9405. [acesso em 25 out. 2020]. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/9405/17873>.

Lima-Costa MF, et al. Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). *Rev Saúde Pública*, 2017 jun;51(Supl 1):6 p. [Internet]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102017000200311&script=sci_arttext&tlng=pt. doi: 10.1590/s1518-8787.2017051000013

Litvoc J, Derntl AM. Capacidade funcional do idoso: significado e aplicações. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Silva GTR, Cunha ICKO. *Saúde na família e na comunidade*. São Paulo: Robe editorial; 2002. p. 268-319.

Machado MFA, et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciê. Saúde Colet.* 2007;12(2):335-342.

Maciel SM, et al. O fundo público e o financiamento da política de saúde no Brasil. *Socied. Deb.* (Pelotas). 2017 jun-dez;23(2):97-120.

Mapio.net. Imagem: Distrito Cidade Ademar. [Internet]. [data desconhecida]. [acesso em 30 nov. 2019]. Disponível em: <https://mapio.net/pic/p-36458451/>

Mark JJ. *Heraclitus of Ephesus*. Montreal: A Ancient History Encyclopedia; 2010. [acesso em 25 out. 2020]. Disponível em: <https://www.ancient.eu/static/contact/>.

Marques LF. A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses. *Psicol. ciênc. prof.* (Brasília). 2003 jun;23(2):56-65. [acesso em 25 out. 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v23n2/v23n2a09.pdf>.

Martins LFV, et al. Avaliação da qualidade nos serviços públicos de saúde com base na percepção dos usuários e profissionais. *RFO UPF (Passo Fundo - RS)*. [Internet]. 2014 mai-ago;19(2). Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/scielo>.

Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública* (Rio de Janeiro). 2004 set-out;20(5):1411-1416.

Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. 2a ed. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde; 2011.

Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. *Ciênc Saúde Colet*. 2010 ago;15(5): 2297-2305. [acesso em 25 out. 2020]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005.

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

Mendes TL. *Motivos para a restrição social na velhice avançada segundo residentes na comunidade: FIBRA 80+ [dissertação]*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Gerontologia; 2019.

Meneses IG, et al. Educação permanente em equipe multidisciplinar de um programa gerontológico: concepções, desafios e possibilidades. *ABCS Health Sci*. 2019;44(1):40-46.

Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E., orgs. *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: Editora UFS; 2009. p. 29-74.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1992.

Minayo MCS, Coimbra Júnior CEA, organizadores. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. 209 p. ISBN: 978-85-7541-304-3.

Mioto RCT, Dal Prá KR, Wiese ML. Política social e processos de judicialização: serviços sociais e famílias em foco. *SER Social* (Brasília). 2018 jan-jun;20(42):11-29.

Moraes EN. *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 98 p.

Moraes EN. Idosos frágeis e a gestão integral da saúde centrada no idoso e na família. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [Internet] (Rio de Janeiro). 2017 mai-jun;20(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000300307&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. doi: 10.1590/1981-22562017020.170061

Moraes EN. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In: Borges APA, Coimbra AMC. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. [Internet]. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Educação a Distância. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008. p. 151-175. [acesso em 05 maio 2020]. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_215591311.pdf.

Neri AL. Palavras-chave em gerontologia. Campinas: Alínea; 2001.

Neri AL, Freire SA, orgs. E por falar em boa velhice. Campinas: Papirus; 2000.

Neto JBR, Tavares JC, Hoffmann SV. Sistemas de Gestão Integrados: qualidade, meio ambiente, responsabilidade social, segurança e saúde no trabalho. 2a ed. São Paulo: Senac São Paulo; 2008.

North MS. Ageism stakes its claim in the social sciences. J American Society on Aging. 2015;39(3):29-34.

Nurjono M, et al. Implementation fidelity of a strategy to integrate service delivery: learnings from a transitional care program for individuals with complex needs in Singapore. BMC Health Serv Res. [Internet]. 2019;19(177). [citado 15 mar. 2020]. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-3980-x>. doi: 10.1186/s12913-019-3980-x.

OEA - Organização dos Estados Americanos. Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos [Internet]. Washington, DC; 2015. [acesso em 15 out. 2020]. Disponível em: <http://www.ampid.org.br/v1/wpcontent/uploads/2014/08/conven%C3%A7%C3%A3o-interamericana-sobre-aprote%C3%A7%C3%A3o-dos-direitos-humanos-dos-idosos-OEA.pdf>.

OMS. 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana. A Saúde e o Envelhecimento. Organização Pan-Americana da Saúde. Washington (DC), EUA; 23-27 set. 2002.

OMS. Cuidados Inovadores para Condições Crônicas: Componentes Estruturais de Ação: relatório mundial. Brasília; 2003. Disponível em: https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1334798934Cuidados%20inovadores%20parte_001.pdf.

OMS. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005. 60p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.

OMS. Estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud 2016-2020: hacia un mundo en el que todas las personas puedan vivir una vida prolongada y sana [Internet]. 69ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra; 28 maio 2016; Ginebra: OMS; 2016 (documento A69/17) [acesso em 27 fev. 2019]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253189/A69_R3-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Espanhol]

OMS. Guia global: Cidade Amiga do Idoso. 2008. [acesso em 15 set. 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>.

OMS. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. 2015. [acesso em 20 maio 2020]. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>.

ONU. OMS cobra melhorias no atendimento a idosos [Internet], 02 out. 2017. [acesso em 07 out. 2019]. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/oms-cobra-melhorias-no-atendimento-aos-idosos/>.

ONU. Plano de ação internacional sobre o envelhecimento. Organização das P712a Nações Unidas. Trad. Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2003. 49p. [acesso em 20 jun. 2020]. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de Ação sobre a Saúde dos Idosos, incluindo o Envelhecimento Ativo e Saudável. 24-28jun. 2019. CE164/INF/6. Washington (DC): OPAS; 2009. [acesso em 10 out. 2019]. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=48594-ce164-inf-6-p-pda-idosos-relatorio-final&category_slug=164-comite-executivo&Itemid=270&lang=en.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Serviços de Saúde devem parar de deixar idosos para trás [Internet]. 29 set. 2017. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5514:servicos-de-saude-devem-parar-de-deixar-idosos-para-tras&Itemid=820.

Osborn R, et al. International survey of older adults finds shortcomings in access, coordination, and patient-centered care. *Health Affairs*. 2014;33(12):2247–2255. doi: 10.1377/hlthaff.2014.0947.

PAHO - Pan American Health Organization. Health indicators:conceptual and operational considerations. Washington: PAHO; 2018. [acesso em nov. 2020]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49056/09789275120057_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y.

Palmore EB. Auto-gerontology: a personal odyssey. *J Appl Gerontol*. 2017; 36(11):1295-1305. doi: 10.1177/0733464816648140.

Palmore EB. Research note: ageism in Canada and the United States. *J Cross Cult Gerontol*. 2004;19: 41-46.

Papadopoulos C, et al. The effect of an educational program on strength-training adherence in older adults. *Educational Gerontology*. 2016 maio;42(5):342-351.

Papaléo Netto M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV, Py L, editoras. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p. 62-75.

Paranhos DGA, Oliveira AAS. O modelo de cuidado centrado no paciente sob a perspectiva do paciente idoso. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit. (Brasília)*; 2018 abr-jun;7(2):95-109.

Paranhos R, et al. Uma introdução aos métodos mistos. *Sociologias* (Porto Alegre). 2016 maio-ago;42(18):384-411.

Parry C, et al. The care transitional intervention: a paciente-centered approach to ensuring effective transfers between sites of geriatric care. *Home Health Care Serv Q.* [Internet]. 2003;22(3):1-17. doi:10.1300/J027v22n03_01.

Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2004.

Paschoal SMP. Qualidade de vida na velhice. In: Freitas EV, Py L, editoras. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p. 185-195.

Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na atenção primária à saúde. *Interface*. 2018;22(Supl.2):1525-34.

Peduzzi M, et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. *Interface* (Botucatu). 2009 jul-set;13(30):121-134.

Peduzzi M, et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev. Esc. Enferm. USP.* (São Paulo: USP). 2013;47(4):977-983. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342013000400977&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. doi: 10.1590/S0080-623420130000400029.

Peixoto C. Entre os estigmas e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: Barros MML, organizador. *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. 2a ed. Rio de Janeiro: FGV; 2000.

Perez AM et al. Matricialidade sociofamiliar: tensões e contradições na assistência social brasileira. *Rev Políticas Públicas*. 2018;1665- 1682. [acesso em 25 out. 2020]. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/9885/5836>.

Pinto JM, Neri AL. Trajetórias da participação social na velhice, uma revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol* (Rio de Janeiro). 2017;20(2):260-273.

Portela MC. Avaliação da qualidade em saúde. In: Rozenfeld S, org. *Fundamentos da Vigilância Sanitária* [on-line]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000. p. 259-269. ISBN 978-85- 7541-325-8.

Ramos RS, et al. A judicialização da saúde contextualizada na dimensão prática das representações sociais dos profissionais de saúde. *R. Dir. sanit.* (São Paulo). 2017 jul-out;18(2):18-38.

Reis AO, Martins M, Pinto TRG. Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa em governos locais brasileiros: análise sob a perspectiva dos múltiplos fluxos de Kingdon e do modelo top-down e bottom-up. *GIGAPP EWP*. 2020;7(162):411-428. ISSN 2174-9515.

Restrepo HE, Anzola Perez E. Promoción de la salud de los ancianos. In: Anzola Perez E, Galinsk D, Morales Martinez F, Sánchez Ayéndez M, Salas A. La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington (DC): OMS/OPS; 1994. (POS Publicación Científica, 546). p. 383-388.

Reuter CLO, Santos VCF, Ramos AR. O exercício da interprofissionalidade e da intersetorialidade como arte de cuidar: inovações e desafios. Esc Anna Nery. 2018;22(4):e20170441. [acesso em 25 out. 2020]. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/pt_1414-8145-ean-22-04-e20170441.pdf.

Rodrigues NC, Rauth J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: Freitas EV, Py L, editoras. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 186-191.

Romagnoli RC, Silva BC. O cotidiano da intersetorialidade e as relações entre as equipes. Est e Pesquisas em Psicologia (Belo Horizonte: PUC-Minas). [Internet]. 2019;19(1). Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/43009/29658>. doi:10.12957/epp.2019.43009.

Rosa T. Cuidados Continuados Integrados e Cuidados Paliativos movimentam debate entre as três esferas de gestão do SUS. CONSENSUS-Conass. [Internet]. 2019;3a ed. [acesso em 20 out. 2020]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/cuidados-continuados-integrados-e-cuidados-paliativos-movimentam-debate-entre-as-tres-esferas-de-gestao-do-sus/>.

Ruikes FGH, et al. The association between implementation and outcome of a complex care program for frail elderly people. Family Practice. 2018;35(1):47-52. Disponível em: <https://watermark.silverchair.com/cm065.pdf?token> doi:10.1093/fampra/cm065.

Saldaña J. The coding manual for qualitative researchers [e-book]. 2a ed. London: SAGE Publications Ltd; 2013 [acesso em 01 abr. 2019]. Disponível em: <http://www.sagepublications.com>.

Salvador ES, Alencar Junior OG. Finanças, fundo público e financiamento da Seguridade Social no Brasil. R. Katál. [on-line] (Florianópolis). 2015 jul-dez;18(2):239-248. ISSN 1982-0259. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-49802015180200010>.

Santos AS, Karsh UM, Menendez Montañés C. A rede de serviços de atenção à saúde do idoso na cidade de Barcelona (Espanha) e na cidade de São Paulo (Brasil). Serv. Soc. Soc. [on-line]. 2010 abr-jun.;(102):365-386. ISSN 0101-6628. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-66282010000200010>.

Santos KS, et al. O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. Ciênc Saúde Colet. 2020 fev;25(2):655-664. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.12302018>.

Santos NF, Silva MRF. As políticas públicas voltadas ao idoso: melhoria da qualidade de vida ou reprivatização da velhice. Rev FSA. 2013;10:358-371.

São Paulo (Estado). Decreto nº 58.047, de 15 de maio de 2012. Institui o Programa Estadual "São Paulo Amigo do Idoso", e o "Selo Amigo do Idoso", e dá providências correlatas. São

Paulo; 2012. [acesso em 20 out. 2020]. Disponível em:
<http://www.legislacao.sp.gov.br/legislacao/dg280202.nsf/5fb5269ed17b47ab83256cfb00501469/6c3017b4b70ec30b83257a0000473ab0?OpenDocument>.

São Paulo (Estado). Secretaria de Desenvolvimento Social. Caderno de Orientações: Referências Técnicas para Construção do Plano de Acompanhamento Familiar. [Internet]. São Paulo: Secretaria de Desenvolvimento Social; 2013. 57p. [acesso em 18 out. 2019]. Disponível em:
<http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/407.pdf>.

São Paulo (Município). Entidades sociais - Relação de Convênios e Parceria 2019, 10 dez. 2019. Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social; 2019a. [Internet]. [acesso em 26 abr. 2019]. Disponível em:
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/entidades_sociais/index.php?p=271171.

São Paulo (Município). Grupo Gestor Intersetorial de Políticas para o Envelhecimento, 17 jan. 2019. Secretaria de Direitos Humanos e Cidadania; 2019b. [acesso em 10 out. 2020]. Disponível em:
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos_humanos/idosos/programas_e_pr ojetos/index.php?p=270026.

São Paulo (Município). Lei Municipal nº 13.834, de 27 de maio de 2004. Institui a Política Municipal do Idoso, e dá outras providências. Histórico da Lei 13.834/2004. São Paulo: Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania; 2004. [acesso em 20 out. 2019]. Disponível em:
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos_humanos/idosos/legislacao/index.php?p=11062.

São Paulo (Município). Linha de cuidado e saúde da pessoa idosa, 26 jun. 2014. Secretaria da Saúde [Guterres C, Santana D]; 2014. [acesso em 20 out. 2019]. Disponível em:
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/cogep/coord_centro_oeste/noticias/?p=173684

São Paulo (Município). Portaria Intersecretarial nº 01 de SMADS/SMS, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre a Atuação em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), Centros de Acolhida Especiais para Idosos em situação de Rua (CAEI) e Centros Dia para Idosos, sob gestão municipal, com protocolo de atuação conjunta entre SMADS e SMS. [Internet]. São Paulo (SP); 2018. [acesso em 01 set. 2020]. Disponível em:
<http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-intersecretarial-secretaria-municipal-de-assistencia-e-desenvolvimento-social-smads-secretaria-municipal-da-saude-sms-1-de-31-de-outubro-de-2018>.

São Paulo (Município). Programa São Paulo Amigo do Idoso, 22 jan. 2019. Secretaria de Direitos Humanos e Cidadania; 2019c. [acesso em 10 out. 2020]. Disponível em:
https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/direitos_humanos/idosos/programas_e_pr ojetos/index.php?p=270237.

São Paulo (Município). Resolução Conjunta - Secretaria Municipal da Saúde - SMS; Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social - SMADS nº 1, de 9 de janeiro

de 2020. Protocolo preliminar de atuação conjunta entre a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social - SMADS e a Secretaria Municipal de Saúde - SMS nos serviços sóciosanitários. São Paulo (SP); 2020. [acesso em 20 out 2019]. Disponível em: <http://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/resolucao-conjunta-secretaria-municipal-da-saude-sms-secretaria-municipal-de-assistencia-e-desenvolvimento-social-smads-1-de-9-de-janeiro-de-2020>.

São Paulo (Município). Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social; 2017a. [Internet]. [acesso em 20 out. 2019]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/

São Paulo (Município). Secretaria da Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. Documento Norteador do Programa Acompanhante de Idosos do Município de São Paulo; 2016a. [Internet]. [acesso em 20 out. 2019]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DOCUMENTONORTEADORPAIFINAL02012017.pdf>.

São Paulo (Município). Secretaria da Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. Documento Norteador da Unidade de Referência à Saúde do Idoso do Município de São Paulo; 2016b. [Internet]. [acesso em 20 out. 2019]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DOCUMENTONORTEADOR%20URSIversaoofinal09012017.pdf>.

São Paulo (Município). Secretaria de Saúde. Rede Assistencial; 2017b. [Internet]. [acesso em 20 out. 2019]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ceinfo/mapoteca/crs_sp_sts_munic.pdf.

São Paulo (Município). Secretaria do Governo do Município de São Paulo. Programa de Metas da cidade de São Paulo 2017-2020; 2017c. [acesso em 29 jul. 2020]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/governo/programa_de_metas/programa_de_metas_20172020/.

Saraiva LL. A tutela constitucional da pessoa idosa, 7 maio 2016. Conteúdo Jurídico; 2016. [acesso em 20 out. 2020]. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/46615/a-tutela-constitucional-da-pessoa-idosa>.

Sarriera JC, et al. Bem-estar psicológico dos jovens porto-alegrenses. *Psico*. 1996;27(2):79-95.

Schneider RH, Irigaray TQ. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Rev Estudos de Psicologia*. 2008 out-dez;25(4):585-593.

SEADE. Sistema SEADE de projeções populacionais. 2020. [acesso em 25 out. 2020]. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/projpop/>.

Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública (São Paulo)*. 1997 out;31(5):538-542. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>.

Serpa V, Virginia C, Cavalcante S. Assistência Social pública brasileira: uma política da autonomia – um dispositivo biopolítico. *Revista Subjetividades* (Fortaleza). 2015 dez;15(3):428-437.

Silva DAJ, Tavares MFL. Ação intersectorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro [Internet]. *Saúde deb.* 2016;40(111):193-205. doi:10.1590/0103-1104201611115.

Silva MRF, Yazbek MC. Proteção social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil. *Rev. Katálisis* (Florianópolis). [Internet]. 2014 jan-jun;17(1). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802014000100011. doi: 10.1590/S1414-49802014000100011.

Silva NA, Mendonça MHM, Vettore M. Uma abordagem salutogênica à promoção da saúde bucal. *Cad. Saúde Pública* (Rio de Janeiro). 2008;24(supl.4):521-530.

Simões CCS. Breve histórico do processo demográfico. In: IBGE. *Brasil: uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI*. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. [acesso em 10 out. 2019]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=297884>. ISBN: 9788524043864.

Spasova S, et al. Challenges in long-term care in Europe: a study of national policies. Brussels: European Commission; 2018. [acesso em 08 out. 2020]. Disponível em: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8128&furtherPubs=yes>.

Tavares VO, et al. Interfaces entre a renda dos idosos aposentados rurais e o contexto familiar. *Textos & Contextos* (Porto Alegre). 2011 jan-jun;10(1):94-108.

Tetemann EC, Trugilho SM, Sogame LCM. Universalidade e territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes. *Textos & Contextos* (Porto Alegre). 2016 ago-dez;15(2):356-369.

Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis* (Rio de Janeiro). [Internet]. 2009 jan;19(3). [acesso em 12 out. 2020]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

Tronto J. Assistência democrática e democracias assistenciais. *Sociedade e Estado* (Brasília). 2007 mai-ago;22(2):285-308.

Uchôa E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003;19(3):849-853.

Valentijn PP. *Rainbow of chaos: a study into the theory and practice of integrated primary care*. Print Service Ede. 2015. [Internet]. [acesso em 20 mar. 2020]. Disponível em: https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/9272073/Valentijn_Rainbow_16_12_2015.pdf.

Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care*. 2013 mar.;13(1):e010. doi: <http://dx.doi.org/10.5334/ijic.886> PMID: 23687482.

Veiga AC, Pereira LF. Realidades e perspectivas da pessoa idosa no espaço público. In: Taco WG, Sousa AM, Silva PB, organizadores. *Acessibilidade e mobilidade urbana na perspectiva da equidade e inclusão social*. Goiânia: Kelps; 2018. p. 72-78.

Veras RP. Linha de Cuidado para Idoso: detalhando o modelo. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* (Rio de Janeiro). 2016;19(6):887-905. Disponível em: http://sbgg.org.br/informativos/24-01-17/7_Linha_de_cuidado_para_o_idoso.pdf. doi: 10.1590/1981-22562016019.160205.

Veras RP; Caldas CP; Cordeiro HA. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. *Physis* (Rio de Janeiro). 2013;23(4):1189-1213.

Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):1929-1936.

Wagner EH. The changing face of chronic disease care. In: Schoeni PQ. *Curing the system: stories of change in chronic illness care*. Washington/Boston: The National Coalition on Health Care/The Institute for Healthcare Improvement; 2002.

Wermelinger M, et al. A feminização do mercado de trabalho em saúde no Brasil. A feminilização do mercado de trabalho em saúde no Brasil. *Divulg. saúde debate*. 2010 maio;(45):54-70.

WHO. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, Suíça: WHO; 2003. 210 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>.

WHO. Global strategy and action plano on ageing and health. [Internet]. Geneva: WHO; 2017a. [acesso em 10 jan. 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>

WHO. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. [Internet]. Geneva: WHO; 2017b. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [acesso em 12 out. 2020]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258981/1/9789241550109-eng.pdf?ua=1>.

WHO. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centered assessment and pathways in primary care. [Internet]. Geneva: WHO; 2019a (WHO/FWC/ALC/19.1). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326843/WHO-FWC-ALC-19.1-eng.pdf?sequence=17>.

WHO. Integrated care for older people (ICOPE): implementation framework: guidance for systems and services. Geneva: WHO; 2019b. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/publications/icope-framework/en/>.

WHO. World report on ageing and health. [Internet]. WHO: Switzerland; 2015. [acesso em 09 jan. 2020]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1.

Yagi EY. Os desafios para a gestão de plano de cuidados de idosos na contemporaneidade. [trabalho de conclusão de curso]. São Paulo: Universidade Aberta do Brasil/Universidade Federal de São Paulo, Especialização em Gestão em Saúde); 2016.

Yeung WJJ, et al. Long-Term Care for older adults in ASEAN Plus Three: the roles of family, community, and the state in addressing unmet eldercare needs. *J Aging and Health*. 2018;30(10):1499-1515. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30239253/>. doi: 10.1177/0898264318796345.

Zucchi P, Nero CD, Malik AM. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de Saúde. *Revista Saúde e Sociedade*. 2000;9(1/2):127-50.

APÊNDICE A – Questionário on-line

Pesquisa - Gestão de Planos de Cuidados a Idosos

***Obrigatório**

Parte I - Caracterização pessoal e profissional do participante

1.1 Sexo *

☐ Feminino☐ Masculino

1.2 Idade *

☐ de 18 a 25 anos☐ de 26 a 35 anos☐ de 36 a 45 anos☐ de 46 a 55 anos☐ de 56 a 65 anos☐ mais de 65 anos

1.3 Qual sua procedência? *

☐ Saúde☐ Assistência Social

1.3.1 Caso tenha assinalado Saúde, especifique sua procedência. Você pode marcar mais de uma opção.

- ☐ UBS - Unidade Básica de Saúde sem agente comunitário de saúde
- ☐ UBS - Unidade Básica de Saúde com agente comunitário de saúde
- ☐ URSI Cid. Ademar - Unidade de Referência à Saúde do Idoso
- ☐ PAI - Programa Acompanhante de Idosos
- ☐ AMA-E - Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades
- ☐ CER - Centro Especializado em Reabilitação
- ☐ HDRHC - Hospital Dia da Rede Hora Certa
- ☐ EMAD - Melhor em casa/Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
- ☐ CAPS - Centro de Atenção Psicossocial Adulto
- ☐ CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

1.3.2 Caso tenha assinalado Assistência Social, especifique sua procedência. Você pode marcar mais de uma opção.

- ☐ CRAS - Centro de Referência da Assistência Social
- ☐ NCI - Núcleo de Convivência do Idoso
- ☐ CREAS - Centro de Referência Especializado da Assistência Social
- ☐ CAE - Centro de Acolhida Especial para Idosos
- ☐ CDI - Centro Dia do Idoso

1.4 Em qual(is) área(s) se graduou? Você pode marcar mais de uma opção.*

- ☐ Enfermagem
- ☐ Medicina
- ☐ Serviço social
- ☐ Administração
- ☐ Psicologia
- ☐ Nutrição
- ☐ Fonoaudiologia
- ☐ Educação física
- ☐ Fisioterapia

- ☐ Terapia Ocupacional
- ☐ Outra(s)

1.4.1 Se você assinalou “outra(s)”, por favor, descreva.

1.4.2 Há quanto tempo concluiu a 1ª graduação? *

- ☐ há menos de um ano
- ☐ de 02 a 05 anos
- ☐ de 06 a 10 anos
- ☐ de 11 a 15 anos
- ☐ há mais de 15 anos

1.4.3 Há quanto tempo concluiu a 2ª graduação? *

- ☐ há menos de um ano
- ☐ de 02 a 05 anos
- ☐ de 06 a 10 anos
- ☐ de 11 a 15 anos
- ☐ há mais de 15 anos
- ☐ não tenho 2ª graduação

1.5 Possui outra(s) formação(ões) além da graduação? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

1.5.1 Se a resposta foi “Sim”, qual(is) o(s) nível(is)? Você pode marcar mais de uma opção.

- ☐ Aperfeiçoamento
- ☐ Aprimoramento
- ☐ Especialização
- ☐ Mestrado
- ☐ Doutorado
- ☐ Outro(s)

1.5.2 Se você assinalou “outro(s)”, por favor, descreva.

1.5.3 Por favor, descreva a(s) resposta(s) anterior(es) — sobre outro(s) nível(is) de formação — quanto ao tema principal do(s) curso(s), à duração, à importância para sua formação. *

1.6 Qual o tempo de atuação com pessoas idosas? *

- ☐ menos de 01 ano
- ☐ de 02 a 03 anos
- ☐ de 04 a 05 anos
- ☐ de 06 a 10 anos
- ☐ mais de 10 anos

1.7 Qual o tempo de atuação com pessoas idosas no serviço atual (Saúde/Assistência Social)? *

- ☐ menos de 01 ano
- ☐ de 02 a 03 anos
- ☐ de 04 a 05 anos
- ☐ de 06 a 10 anos
- ☐ Mais de 10 anos

1.8 Além da atuação com pessoas idosas no serviço atual (Saúde/Assistência Social), possui alguma outra atuação concomitante — profissional ou voluntária — com pessoas idosas?*

- ☐ Sim
- ☐ Não

1.8.1 Se “Sim”, por gentileza, descreva.

Parte II - Cuidados às pessoas idosas e integralidade na atenção

2. O quanto se sente preparado(a) para cuidar e atender pessoas idosas? *

- ☐ Pouco preparado(a)
- ☐ Preparado(a)
- ☐ Muito preparado(a)

2.1 Qual tipo de atendimento você realiza às pessoas idosas? Você pode marcar mais de uma opção.

- ☐ Atendimento individual
- ☐ Atendimento individual compartilhado com outros profissionais
- ☐ Atendimento em grupo
- ☐ Atendimento em grupo compartilhado com outros profissionais
- ☐ Visita domiciliar
- ☐ Visita domiciliar compartilhada com outros profissionais
- ☐ Outro(s)

2.1.1 Caso tenha assinalado “outro(s)”, por favor, descreva:

2.2 Realiza atendimentos com familiares e/ou cuidadores? Você pode marcar mais de uma opção.

- ☐ Atendimento individual
- ☐ Atendimento individual compartilhado com outros profissionais
- ☐ Atendimento em grupo
- ☐ Atendimento em grupo compartilhado com outros profissionais
- ☐ Visita domiciliar
- ☐ Visita domiciliar compartilhada com outros profissionais
- ☐ Outro(s)

2.2.1 Caso tenha assinalado “Outro(s)”, por favor, descreva:

2.2.2 Caso realize atendimento compartilhado com outros profissionais, por favor, descreva o atendimento, informe qual(is) a(s) formação(ões) do(s) profissionais envolvidos e se são da mesma unidade, de outra unidade e/ou de outros setores.

2.3 Na atenção referente às pessoas idosas, você costuma usar quais recursos e/ou condutas? Você pode marcar mais de uma opção.

- ☐ Atividades corporais (por ex.: danças, ginásticas e alongamentos)
- ☐ Jogos e dinâmicas de grupo
- ☐ Atividades manuais e expressivas
- ☐ Práticas integrativas e complementares (por ex.: acupuntura, florais e hipnose)
- ☐ Orientação quanto a estilos de vida ativos e saudáveis (por ex.: alimentação saudável, exercícios físicos, atividades diversificadas, saúde mental, socialização e sono)
- ☐ Orientação quanto aos cuidados com as doenças crônicas e com o uso das medicações
- ☐ Orientação quanto à: prevenção de quedas, funcionalidade, independência e autonomia
- ☐ Orientação quanto aos direitos e deveres
- ☐ Orientação quanto a outros aspectos referentes à qualidade de vida
- ☐ Avaliação global do idoso

- ☐ Aplicação de testes específicos
- ☐ Aferição da pressão arterial
- ☐ Orientação e diálogo com idosos e familiares/cuidadores sobre condutas e intervenções
- ☐ Interface/encaminhamento/acompanhamento de idosos e/ou familiares e cuidadores para outros serviços de Saúde e/ou outros setores
- ☐ Matriciamento de casos dos idosos
- ☐ Realização e construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS)/Plano Individual de Atendimento (PIA)/Plano de Acompanhamento Familiar (PAF)/ Plano de Desenvolvimento do Usuário (PDU)
- ☐ Discussão com equipe sobre condutas e intervenções
- ☐ Outro(s)

2.3.1 Se realiza avaliação global do idoso, essa abrange quais ações? Você pode marcar mais de uma opção. *

- ☐ Verifico o IMC do paciente
- ☐ Verifico o peso do paciente
- ☐ Testes como Avaliação de Katz, Lawton, Mini exame do estado mental, escala de depressão genérica, ecomapa, genograma
- ☐ Realizo Avaliação Gerontológica Específica
- ☐ Não realizo avaliação global do idoso
- ☐ Outra(s)

2.3.2 Caso tenha assinalado “outra(s)”, por gentileza, descreva.

2.3.3 Se você assinalou algum item relacionado a “Plano Terapêutico Singular/Plano Individual de Atendimento/Plano de Acompanhamento Familiar/Plano de Desenvolvimento do Usuário (PDU)” (ou recurso similar), por gentileza, descreva um pouco sobre como esse recurso é utilizado na sua instituição (construção, monitoramento, avaliação, outras informações). Descreva, também, qual a sua participação em relação aos planos de cuidados a idosos.

Parte III - Desafios na atenção e nos cuidados à pessoa idosa

3. Você identifica desafio(s) na atenção e no cuidado às pessoas idosas?*

- ☐ Sim
- ☐ Não

3.1 Em caso afirmativo, qual(is) desafio(s) você identifica na atenção e no cuidado às pessoas idosas? Você pode marcar mais de uma opção.

- ☐ Dificuldade financeira dos idosos para cobrir necessidades em alimentação, transporte, medicamentos
- ☐ Dificuldade de ir e vir decorrente da falta de acessibilidades arquitetônica e atitudinal
- ☐ Dificuldades no autocuidado dos idosos devido a limitações de ordens física, sensorial, cognitiva, emocional, educacional
- ☐ Falta de suportes familiar e social
- ☐ Dificuldade dos profissionais para compreender questões específicas do envelhecimento
- ☐ Dificuldades por parte dos profissionais em fomentar a aderência dos idosos ao tratamento proposto
- ☐ Dificuldade do trabalho em equipe
- ☐ Dificuldade na construção de planos de cuidados
- ☐ Dificuldade na execução dos planos de cuidados estabelecidos
- ☐ Dificuldade no compartilhamento de planos de cuidados
- ☐ Dificuldade nos encaminhamentos para outros profissionais
- ☐ Comunicação não eficiente entre profissionais e instituições
- ☐ Falta de recursos humanos, físicos e materiais

- ☐ Fluxos de atendimentos não tão claros
- ☐ Falta de vagas para atendimentos em outros serviços
- ☐ Morosidade em atendimento por parte de outras instituições
- ☐ Dificuldades nos encaminhamentos para outros serviços
- ☐ Dificuldades na comunicação entre os componentes da rede de serviços
- ☐ Políticas públicas e direitos sociais não respeitados
- ☐ Outro(s)

3.1.1 Comente as respostas assinaladas anteriormente.

3.2 Em caso de vivenciar desafios, na região, parcial ou totalmente diferentes dos vivenciados na unidade, aponte essas diferenças.

3.3 Em sua unidade de atuação, existe diretriz, protocolo, documento norteador para atendimento às pessoas idosas?*

- ☐ Sim
- ☐ Não

3.3.1 Caso tenha assinalado “Sim”, por favor, descreva.

Parte IV - Estratégias possíveis

4. Quais estratégias você considera possíveis para melhoria da gestão de planos de cuidados às pessoas idosas? Você pode marcar mais de uma opção.*

- ☐ Mapeamento, ampliação e fortalecimentos de redes familiares e sociais
- ☐ Estabelecimento e pactuação quanto a indicadores de avaliação dos planos de cuidados
- ☐ Promoção e fortalecimento do autocuidado pelas pessoas idosas
- ☐ Maior oferta de recursos humanos, físicos e materiais
- ☐ Fomento e qualificação do trabalho em equipe
- ☐ Maior oferta de recursos econômicos/financeiros para pessoas idosas
- ☐ Melhoria na comunicação entre pessoa idosa e profissional
- ☐ Melhoria na comunicação entre profissionais
- ☐ Melhoria na definição de fluxos de atendimento
- ☐ Melhoria na comunicação entre instituições
- ☐ Melhoria na comunicação entre os atores envolvidos para construção dos planos de cuidados
- ☐ Melhoria na oferta de educação continuada sobre envelhecimento e temas correlacionados
- ☐ Melhoria na oferta de serviços públicos às pessoas idosas
- ☐ Sensibilização da população idosa a respeito do envelhecimento
- ☐ Sensibilização da população no geral a respeito do envelhecimento
- ☐ Outra(s):

4.1 Se você assinalou “outra(s)” estratégia(a), por gentileza, descreva.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

DADOS DOS SUJEITOS DA PESQUISA

SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DA PESQUISA: Gestão de planos de cuidados a idosos

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Maria Helena Morgani de Almeida

CARGO/FUNÇÃO: Docente do Curso de Terapia Ocupacional da USP

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL CREFITO 3 – 1627 TO

PESQUISADORA EXECUTANTE: Eliana Yoko Yagi

CARGO/FUNÇÃO: Assistente Social do Programa Acompanhante de Idosos Cidade Ademar

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL CRESS 36.143

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☒

RISCO BAIXO ☐

RISCO MÉDIO ☐

RISCO MAIOR ☐

3. DURAÇÃO DA PESQUISA: 01/12/2017 a 31/12/2019

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O envelhecimento é um fenômeno mundial e é acompanhado de crescente necessidade de cuidados por parte da população idosa. Políticas públicas voltadas para o cuidado ao idoso na cidade de São Paulo têm proposto atenção em rede e uso de dispositivos, como os planos de cuidados a idosos, a fim de responder a alguns dos desafios impostos pela nova conjuntura demográfica e epidemiológica.

Nessa perspectiva, o(a) sr(a) está sendo convidado(a) a participar voluntariamente da pesquisa intitulada: **Gestão de Planos de Cuidados a Idosos**, a ser desenvolvida por nós, Professora Doutora Maria Helena Morgani de Almeida, vinculada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e pela assistente social Eliana Yoko Yagi.

O presente estudo tem como intuito identificar e analisar percepções de quinze profissionais inseridos em equipes interdisciplinares, atuantes na Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na Região de Cidade Ademar, município de São Paulo, nos âmbitos das políticas de Saúde e Assistência Social, acerca dos desafios para a gestão de planos de cuidados a idosos e das possibilidades de superação. Os profissionais serão indicados pelas organizações responsáveis pela gestão da Saúde e da Assistência Social da Prefeitura Regional de Cidade Ademar, por atuarem nos equipamentos de Saúde ou Assistência Social da região, atenderem idosos e participarem diretamente da gestão de seus cuidados.

A pesquisa se dará em duas fases: a primeira será composta pela aplicação de um questionário virtual (on-line) aos participantes; a segunda, pelo desenvolvimento de um Grupo Focal com os mesmos profissionais indicados.

O questionário virtual será preenchido na plataforma *Google Docs*, com roteiro de questões que versará sobre caracterização dos profissionais quanto a: área e tempo de formação na graduação, educação continuada, experiências com idosos, serviço(s) a que está vinculado, funções exercidas e participação dos serviços na elaboração e na gestão de planos de cuidados a idosos. A duração média aproximada para o preenchimento do questionário é de 15 minutos. As informações coletadas por meio dos questionários serão compiladas em planilha.

Já o Grupo Focal ocorrerá em duas sessões/encontros de 110 minutos (1 hora e 50 minutos) cada uma, nas quais esperamos reunir todos os participantes para a identificação e a discussão de desafios para elaboração e gestão de planos de cuidados a idosos no âmbito da RASPI/Cidade Ademar e de possibilidades para enfrentamento e superação desses desafios. Para que não haja perda de informações, pretendemos registrar as falas do Grupo Focal com uso de aparelho gravador; posteriormente, suas falas serão transcritas e analisadas. O(a) sr(a) poderá optar para que alguma fala específica não seja transcrita, caso não se sinta confortável com ela. As contribuições dos participantes serão consideradas para a pesquisa somente se houver participação nas duas fases do estudo.

O local para a realização das sessões do grupo será na própria região, próximo do local de trabalho dos participantes e será decidido em parceria com a gestão de Saúde e Assistência Social da região. O endereço será informado em momento oportuno.

Assim, o(a) sr(a) está sendo convidado a participar voluntariamente dessa pesquisa, na qual garantimos sigilo e privacidade dos participantes quanto ao fornecimento das informações durante ambas as fases. Além disso, a qualquer momento, o(a) sr(a) poderá se recusar a responder, retirar seu consentimento e deixar de participar da pesquisa, sendo que sua recusa não trará prejuízo de nenhum tipo. Não há previsão de recompensas para a participação nesse estudo e as despesas, inclusive com transporte, serão ressarcidas, caso necessário.

A participação nessa pesquisa prevê risco mínimo, visto que ela pode gerar desconforto ou constrangimento ao responder às perguntas do questionário ou durante a discussão no Grupo Focal, o que pode ser contornado mediante a garantia de sigilo por parte dos pesquisadores quanto às informações fornecidas e compartilhadas durante a pesquisa e por meio de orientações prestadas pelos pesquisadores. Reafirmamos, ainda, que o(a) sr(a) poderá recusar-se a responder ou retirar o seu consentimento.

Espera-se que os resultados forneçam informações sobre a gestão de planos de cuidados a idosos da RASPI/Cidade Ademar, a partir da percepção diversificada de profissionais inseridos em equipes interdisciplinares, de modo a qualificar e a potencializar o cuidado à população idosa na região.

Pretendemos divulgar os resultados obtidos, após a conclusão da pesquisa, mantendo, sempre em sigilo, seu nome e sua instituição de origem. Esses resultados serão apresentados em reunião presencial para a qual serão convidados os profissionais participantes do estudo, gestores e outros profissionais interessados, de modo a publicizar as informações e a permitir a reflexão conjunta, em busca de pactuações voltadas à qualificação do cuidado integral à população idosa na região. Os resultados da pesquisa também deverão ser divulgados em eventos e publicações científicas.

Rubrica do pesquisador responsável: _____

Rubrica do participante: _____

Salientamos, ademais, que o(a) sr(a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa a qualquer momento, para esclarecimento sobre as informações referentes a objetivos, procedimentos, resultados parciais, riscos e benefícios relacionados à pesquisa e, inclusive, para solucionar eventuais dúvidas.

O(A) sr(a) poderá dispor do tempo que achar necessário para refletir acerca da decisão de participar do estudo. O principal investigador é a Profa. Dra. Maria Helena Morgani de Almeida, que pode ser encontrada no endereço Rua Cipotânea, 51. Cidade Universitária USP. Butantã. CEP: 05083-160. São Paulo, SP, telefone(s): 11-3091-8439 ou pelo celular 11-9 9998-7150.

Se o(a) sr(a) possuir alguma consideração, dúvida ou desejar realizar denúncia sobre a ética da pesquisa, entre em contato com os comitês: Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, situada à Av. Dr. Arnaldo, 251 - 21º andar - sala 36. Cerqueira César - São Paulo, SP. CEP: 01246-000, fone/fax: (11) 3893-4401/4407. E-mail: cep.fm@usp.br; e/ou Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo, via contatos: fone/fax: (11) 3397 2464, e-mail: smscep@gmail.com.

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações, que li ou que me foram lidas e que descrevem o estudo “Gestão de Planos de Cuidados a Idosos”, e concordo voluntariamente em participar desse estudo, havendo a possibilidade de retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos de qualquer natureza.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Data ____/____/____

(Somente para os responsáveis pelo projeto)

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido desse indivíduo ou representante legal para a participação no estudo.

Assinatura do responsável pela pesquisa

Data ____/____/____

Pesquisadora responsável: Profa Dra. Maria Helena Morgani de Almeida

Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP

Rua Cipotânea, 51. Cidade Universitária. Butantã. São Paulo - SP.

CEP. 05083-160.

Contatos: Tel: (11) 3091-8439, (11) 9 9998-7150, e-mail: hmorgani@usp.br

Pesquisadora executante: Eliana Yoko Yagi

Rua Olavo Bilac, 257, Bloco F. Ap. 32. São Paulo - SP

Contatos: Tel: (11) 2935 8051, (11) 9 6203 1222, e-mail: e.yagi@usp.br

ANEXO A – Anuência e autorização para pesquisa - Saúde

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUL

São Paulo, 09/03/2018

Ao
Comitê de Ética de Pesquisa

A Coordenadoria Regional de Saúde Sul (CRS Sul) ratifica a patente pesquisa *"Gestão de planos de cuidados a idosos"* e orienta o presente pesquisador, que tem por responsabilidade atender aos requisitos necessários para este instrumento, devendo ter continuidade respeitando o artigo 1º da Portaria SMS-G de Nº 523 de 24 de Agosto de 2005 que diz:

"Todo projeto de pesquisa envolvendo seres humanos a se realizar no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, deve ser enviado ao CEP/SMS, devidamente instruído, de acordo com as normas vigentes e deve aguardar o parecer aprovado do CEP/SMS, para que sejam iniciados os procedimentos de pesquisa. Assim, o projeto deve ser entregue ao CEP para ser analisado."

Fica o pesquisador responsável de comunicar a Gestão de Pessoas/Desenvolvimento da CRS-SUL o nº do parecer do CEP de SMS.

O pesquisador tem o compromisso de redigir relatório final e apresentar o resultado de sua pesquisa em Reunião do Núcleo de Educação Permanente – NEP da CRS- Sul (segundo agendamento do serviço de Desenvolvimento- Gestão de Pessoas) e, assim avaliado, em conformidade com a sua qualidade e finalidade e posteriormente indexado na Biblioteca Virtual de Saúde da Secretaria Municipal de São Paulo – BVS/SMS

Atenciosamente

Eliana Yoko Vargi
Pesquisador

Lucía Helena Azevedo
Coordenadoria Regional de Saúde Sul

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

<p>COMITÊ DE ética EM PESQUISA - SMS</p>	<p>SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SMS/SP</p>	<p>Plataforma Brasil</p>		
<p>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</p>				
<p>Elaborado pela Instituição Coparticipante</p>				
<p>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</p>				
<p>Título da Pesquisa: Gestão de Planos de Cuidados a Idosos</p>				
<p>Pesquisador: Maria Helena Morgani de Almeida</p>				
<p>Área Temática:</p>				
<p>Versão: 2</p>				
<p>CAAE: 83003618.6.3001.0086</p>				
<p>Instituição Proponente: Supervisão Técnica de Saúde Santo Amaro / Cidade Ademar</p>				
<p>Patrocinador Principal: Financiamento Próprio</p>				
<p>DADOS DO PARECER</p>				
<p>Número do Parecer: 2.586.553</p>				
<p>Apresentação do Projeto:</p>				
<p>Trata-se de pesquisa de natureza qualitativa para obtenção do grau de mestre.</p>				
<p>O local da coleta dos dados será a Supervisão Técnica de Saúde de Santo Amaro/Cidade Ademar. A pesquisadora informa que participarão da pesquisa de 10 a 15 profissionais que façam parte da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa do território.</p>				
<p>A forma de abordagem desses profissionais será através da indicação pelas instituições responsáveis pela gestão da saúde e da assistência social no âmbito da Prefeitura Regional de Cidade Ademar/ Município de São Paulo.</p>				
<p>A pesquisa está organizada em duas etapas:</p>				
<p>1ª- resposta a um questionário online com questões relativas à formação do profissional, tempo de formado, participação em processos de educação continuada, experiências com idosos, serviço (s) a que o profissional está vinculado, funções exercidas e participação na elaboração e gestão de Planos de Cuidados aos idosos.</p>				
<p>2ª- Com base nas respostas dos questionários será desenvolvido Grupo Focal, em duas sessões com a totalidade dos participantes.</p>				
<p>Propõe-se como questões norteadoras, da primeira e segunda sessão do grupo foco, respectivamente: Quais desafios identificam para elaboração e gestão de Planos de Cuidados para Idosos no âmbito da RASPI/Cidade Ademar?</p>				
<p>Identificam possibilidades para enfrentamento e superação de desafios relacionados à elaboração</p>				
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <p>Endereço: Rua General Jardim, 38 - 8º andar</p> <p>Bairro: Vila Guaranês</p> <p>UF: SP Município: SÃO PAULO</p> <p>Telefone: (11)3397-2464</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>CEP: 01.223-010</p> <p>E-mail: smcep@gmail.com</p> </td> </tr> </table>			<p>Endereço: Rua General Jardim, 38 - 8º andar</p> <p>Bairro: Vila Guaranês</p> <p>UF: SP Município: SÃO PAULO</p> <p>Telefone: (11)3397-2464</p>	<p>CEP: 01.223-010</p> <p>E-mail: smcep@gmail.com</p>
<p>Endereço: Rua General Jardim, 38 - 8º andar</p> <p>Bairro: Vila Guaranês</p> <p>UF: SP Município: SÃO PAULO</p> <p>Telefone: (11)3397-2464</p>	<p>CEP: 01.223-010</p> <p>E-mail: smcep@gmail.com</p>

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Formulário 2.586.003

e gestão de Planos de Cuidados para Idosos no âmbito da RASPI/Cidade Ademar?

As informações coletadas, tanto por meio dos questionários quanto do grupo focal, serão integralmente registradas, as informações dos questionários serão compiladas em planilha e do grupo focal gravadas em áudio. Será utilizada a técnica de análise temática de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL - Identificar e analisar percepções de profissionais inseridos em equipes interdisciplinares atuantes na Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na Região de Cidade Ademar do município de São Paulo, acerca dos desafios para a gestão de Planos de Cuidados a Idosos e possibilidades de superação.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Levantar opiniões dos participantes acerca da relevância de Planos de Cuidados para Idosos;
- 2) Mapear desafios referidos pelos participantes para elaboração e gestão dos Planos de Cuidados para Idosos no âmbito da RASPI/Cidade Ademar;
- 3) Propiciar identificação pelos profissionais de possibilidades de enfrentamento e superação de desafios para a elaboração e gestão de Planos de Cuidados para Idosos no âmbito da RASPI/Cidade Ademar;
- 4) Refletir acerca das contribuições do estudo para o fortalecimento do cuidado ao Idoso da Região de Cidade Ademar/SP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação nesta pesquisa prevê risco mínimo, visto que a mesma pode gerar desconforto ou constrangimento ao responder às perguntas do questionário ou durante a discussão no grupo focal, que podem ser contornados mediante a garantia de sigilo por parte dos pesquisadores quanto às informações fornecidas e compartilhadas durante a pesquisa e, por meio orientações prestadas pelos pesquisadores.

Benefícios:

Espera-se que os resultados forneçam informações sobre a Gestão de Planos de Cuidados aos Idosos da RASPI/Cidade Ademar, a partir da percepção diversificada de profissionais inseridos em equipes interdisciplinares de modo a qualificar e potencializar o cuidado à população idosa na região."

A pesquisa oferece risco mínimo e as garantias para a proteção do Voluntário constam no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisa é relevante para a Saúde Pública do território e poderá se traduzir numa melhor

Endereço: Rua General Jardim, 30 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque

CEP: 01.223-010

UF: SP Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3327-2464

E-mail: amacep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer 2.886.883

compreensão e enfrentamento dos desafios da implantação da RASPI.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia descrita está adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

TCLE, Cronograma, orçamento detalhado e fonte financiadora estão adequados.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora respondeu satisfatoriamente às questões propostas quanto a adequações do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, apresentação da autorização da Coordenadoria Regional de Saúde onde se dará a coleta de dados, atualização do cronograma da pesquisa e orçamento da mesma. Desta forma, o projeto está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Guaranique

CEP: 01.223-010

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

E-mail: smcsp@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 2.586.553

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1080531.pdf	20/03/2018 18:56:34		Aceito
Outros	Carta_resposta_SMS.docx	20/03/2018 18:55:54	Maria Helena Morgani de Almeida	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_2.pdf	20/03/2018 18:40:02	Maria Helena Morgani de Almeida	Aceito
Outros	Anuencia_3.PDF	20/03/2018 18:10:17	Maria Helena Morgani de Almeida	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.pdf	20/03/2018 17:59:42	Maria Helena Morgani de Almeida	Aceito
Outros	Anuencia_2.pdf	07/02/2018 17:39:05	Maria Helena Morgani de Almeida	Aceito
Outros	Anuencia_1.pdf	07/02/2018 17:38:45	Maria Helena Morgani de Almeida	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/02/2018 17:35:16	Maria Helena Morgani de Almeida	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	07/02/2018 17:34:50	Maria Helena Morgani de Almeida	Aceito
Outros	CEP.pdf	23/11/2017 16:08:58	Maria Helena Morgani de Almeida	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:
Não

SAO PAULO, 08 de Abril de 2018

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Guaraná
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2454

CEP: 01.223-010

E-mail: smcep@gmail.com

ANEXO C – Anuência e autorização para pesquisa - Assistência Social

RES: Solicitação de Pesquisa em SMADS
SMADS – PESQUISA

05/12/2017

Prezada Pesquisadora,

O Comitê de Pesquisa da SMADS informa que o pedido relativo à sua pesquisa foi:

(X) Aprovado no CREAS Cidade Ademar, Centro de Acolhida Especial para Idosos Jardim Umuarama, Centro Dia Solidariedade Abecal

() Reprovado

Para realizar pesquisas, solicitamos que procure a **Sra. Rosalina Alves**, do **CREAS Cidade Ademar**, nos telefones **5677-0341/5562-2874**, para agendar sua visita de posse do documento “*Termo de Cooperação Técnica*”, em anexo, que deve ser entregue assinado, em três vias, ao/à coordenador(a) do serviço. Este documento será enviado para assinatura na Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), assim todos os interessados (a pesquisadora, o serviço e a Secretaria) tomarão ciência por assinatura do documento.

Atenciosamente.

Comitê de Avaliação
SMADS

**PARECER DA ÁREA AFETA À SOLICITAÇÃO E DO COMITÊ DE AVALIAÇÃO DE PESQUISA OU
FORMAÇÃO**

Dados do Projeto ou Proposta: Gestão de Planos de Cuidados a Idosos

Natureza do Projeto ou Proposta: Trabalho de disciplina

Responsável Solicitante: Eliana Yoko Yagi

Área Temática: (Glossário indexação...) Ciências da Reabilitação

Resumo: O envelhecimento com suas necessidades diversas requer inovações por parte das políticas sociais. Em São Paulo a Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa RASPI e os Planos de Cuidados são propostas para superar a possível fragmentação do cuidar. Estudar percepções de profissionais da RASPI Cidade Ademar sobre desafios para a gestão de Planos de Cuidados a Idosos e possibilidades de superação.

Dados do Parecer:

(Avaliar a temática em relação às frentes de trabalho em andamento na área afeta):

1. Ponderações sobre aspectos legais (x) Não () Sim, quais?

2. Ponderações sobre a metodologia: (x) Não () Sim, quais?

3. Outras:

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos (☒) Não (☐) Sim, quais?Benefícios: (☒) Não (☐) Sim, quais?

Aas Políticas Públicas intersetoriais devem desenvolver ações articuladas e conjuntas para Atendimento a população idosa, na perspectiva de acesso a garantia de direitos socioassistenciais. No Programa de Metas da Cidade de São Paulo (2017-2020) que estabelece A Meta 7 – Cidade Amiga do Idoso, trabalhar a RASPI no território e as ações articuladas trarão benefícios aos idosos atendidos pela rede socioassistencial.

Comentários e Considerações sobre o Projeto ou Proposta:

Consideramos que a pesquisa muito contribuirá para o fortalecimento das Ações Desenvolvidas pelas equipes dos Serviços da Política de Assistência Social (CRAS, CREAS, CDI, CAE, NCI) em parceria com os equipamentos da saúde.

Recomendações (se houver):

Parecer:

Aprovado (☒)Não aprovado (☐)Condicional às recomendações (☐)

Assinatura: Andreia Betina de Souza Paiva – RF.nº 724.974-8

Cargo/Função: Técnico Supervisor/Gestor de Parceria do CDI e CAEI Jardim Umuarama.

RES: Solicitação de Pesquisa em SMADS
SMADS – PESQUISA 06/12/2017

Prezado(a) Pesquisador(a)

O Comitê de Pesquisa da SMADS informa que o pedido relativo à sua pesquisa foi:

(x) Aprovado no NCI jd. Miriam. () Reprovado

Para realizar a pesquisa, solicitamos que procure a Maria Ivanira B. S. Santos, do CRAS Cidade Ademar II, no telefone 5622 4053, para agendar sua visita de posse do documento “*Termo de Cooperação Técnica*”, em anexo, que deve ser entregue assinado, em três vias, ao/à coordenador(a) do serviço. Este documento será enviado para assinatura na Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), assim todos os interessados (a pesquisadora, o serviço e a Secretaria) tomarão ciência por assinatura do documento.

Atenciosamente,

Comitê de Avaliação

SMADS

PARECER DA ÁREA AFETA À SOLICITAÇÃO E DO COMITÊ DE AVALIAÇÃO DE PESQUISA OU FORMAÇÃO

Dados do Projeto ou Proposta: Gestão de Planos de Cuidados a Idosos

Natureza do Projeto ou Proposta: Trabalho de disciplina

Responsável Solicitante: Eliana Yoko Yagi

Área Temática: (Glossário indexação...) Ciências da Reabilitação

Resumo: O envelhecimento, com suas necessidades diversas, requer inovações por parte das políticas sociais. Em São Paulo, a Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (RASPI) e os Planos de Cuidados são propostas para superar a possível fragmentação do cuidar. Estudar percepções de profissionais da RASPI Cidade Ademar sobre desafios para a gestão de Planos de Cuidados a Idosos e sobre possibilidades de superação.

Dados do Parecer:

(Avaliar a temática em relação às frentes de trabalho em andamento na área afeta):

1. Ponderações sobre aspectos legais (*) Não () Sim, quais?
2. Ponderações sobre a metodologia: (*) Não () Sim, quais?
3. Outras:

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos (*) Não () Sim, quais?

Benefícios: () Não (*) Sim, quais?

Contribuirá no debate sobre envelhecimento.

Comentários e Considerações sobre o Projeto ou Proposta:

O Projeto de pesquisa tem como fonte os serviços de atendimento à população idosa, conforme estabelecido nos direitos socioassistenciais. Nesse sentido, o debate sobre as ações intersetoriais no sistema de garantia de direitos deve ser ampliado, para assegurar o direito de acesso, de permanência e de qualidade de vida dos idosos nos serviços já ofertados pela Rede, bem como, na proposta de criação de novas possibilidades para a população idosa no território e na cidade de São Paulo.

Recomendações (se houver):

Plano de metas da Cidade de São Paulo.

Política Nacional de Assistência Social.

Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais

Tipificação da Rede Sociassistencial da cidade de São Paulo

Parecer:

Aprovado (*)

Não aprovado ()

Condicional às recomendações ()

Assinatura: Lara Terezinha Rodrigues Rosa RF:823581-3

Cargo/Função: Técnico supervisor- NCI Espaço Aberto- Jardim Miriam

ANEXO D – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> USP - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - FMUSP </div> <div> </div> </div>								
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP								
<p>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</p> <p>Título da Pesquisa: Gestão de Planos de Cuidados a Idosos</p> <p>Pesquisador: Maria Helena Morgani de Almeida</p> <p>Área Temática:</p> <p>Versão: 1</p> <p>CAAE: 83003618.6.0000.0065</p> <p>Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo</p> <p>Patrocinador Principal: Financiamento Próprio</p> <p>DADOS DO PARECER</p> <p>Número do Parecer: 2.504.534</p> <p>Apresentação do Projeto:</p> <p>Para atingir os objetivos propostos pelo estudo os autores optaram por desenvolver uma pesquisa de natureza qualitativa, exploratória e descritiva com abordagem dialética. Estimaram a participação de 10 a 15 profissionais da Rede de Assistência à Saúde da Pessoa Idosa de Cidade Ademar/Município de São Paulo (RASPI/Cidade Ademar) que atendam idosos, participem diretamente da gestão de seus cuidados e sejam indicados pelas instituições responsáveis pela gestão da saúde e da assistência social no âmbito da Prefeitura Regional de Cidade Ademar/ Município de São Paulo. A coleta de dados se dará inicialmente por meio de questionário virtual norteado por um roteiro de questões que versará sobre caracterização do profissional quanto à graduação, tempo de formação, educação continuada, experiências com idosos, serviço (s) a que o profissional está vinculado, funções exercidas e participação na elaboração e gestão de Planos de Cuidados aos Idosos. Com base nas respostas dos questionários e buscando captar com profundidade percepções e dimensões simbólicas e/ou subjetivas dos informantes acerca do tema será desenvolvido Grupo Focal, em duas sessões com a totalidade dos participantes. Propõe-se como questões norteadoras, da primeira e segunda sessão do grupo foco, respectivamente:</p>								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36</td> </tr> <tr> <td>Bairro: PACAEMBU</td> <td>CEP: 01.246-903</td> </tr> <tr> <td>UF: SP</td> <td>Município: SÃO PAULO</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (11)3893-4401</td> <td>E-mail: cep.fm@usp.br</td> </tr> </table>	Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36		Bairro: PACAEMBU	CEP: 01.246-903	UF: SP	Município: SÃO PAULO	Telefone: (11)3893-4401	E-mail: cep.fm@usp.br
Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36								
Bairro: PACAEMBU	CEP: 01.246-903							
UF: SP	Município: SÃO PAULO							
Telefone: (11)3893-4401	E-mail: cep.fm@usp.br							

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 2.504.534

Quais desafios identificam para elaboração e gestão de Planos de Cuidados para Idosos no âmbito da RASPI/Cidade Ademar? Identificam possibilidades para enfrentamento e superação de desafios relacionados à elaboração e gestão de Planos de Cuidados para Idosos no âmbito da RASPI/Cidade Ademar? As informações coletadas, tanto por meio dos questionários quanto do grupo focal, serão integralmente registradas, as informações dos questionários serão compiladas em planilha e do grupo focal gravadas em áudio. Será utilizada a técnica de análise temática de conteúdo para estudar sistematicamente e de maneira cuidadosa, as respostas dos questionários e as discussões advindas do Grupo Focal.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar e analisar percepções de profissionais inseridos em equipes interdisciplinares, atuantes na Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na Região de Cidade Ademar do município de São Paulo, acerca dos desafios para a gestão de Planos de Cuidados a Idosos e possibilidades de superação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco mínimo por tratar-se de um método que envolve entrevista de profissionais. Os autores identificam os riscos no projeto: "A participação nesta pesquisa prevê risco mínimo, visto que a mesma pode gerar desconforto ou constrangimento ao responder às perguntas do questionário ou durante a discussão no grupo focal, que pode ser contornado mediante a garantia de sigilo por parte dos pesquisadores quanto às informações fornecidas e compartilhadas durante a pesquisa e, por meio de orientações prestadas pelos pesquisadores."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa foi bem fundamentada e justificada e envolve uma pergunta importante para a área de saúde do idoso.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de anuência foram anexados, porém ainda não foram assinados, com a seguinte justificativa dos autores:

"O gestor público da área da assistência social autorizou a realização da pesquisa conforme anexos (Anexo III). O gestor público da área da saúde informa, com base em documento intitulado

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

**USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP**

Continuação do Parecer: 2.504.534

"Fluxo de aprovação de pesquisas – 2015", que a realização de projetos, no âmbito da Coordenadoria Regional de Saúde – Sul, só poderá ser autorizada após aprovação pelos comitês de ética da instituição de ensino (CEP/FMUSP) e da Secretaria Municipal de Saúde."

Recomendações:

Recomendo que os autores, após a coleta da assinatura do termo de anuência, anexem os documentos na plataforma brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está adquadado e a única pendência se refere aos termos de anuência que deverão ser anexados na plataforma após a assinatura dos mesmos pelos responsáveis.

Considerações Finais a critério do CEP:

Anexar os termos de anuência após a coleta de assinatura dos responsáveis.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1036842.pdf	07/02/2018 17:43:06		Aceito
Outros	Anuencia_2.pdf	07/02/2018 17:39:05	Maria Helena Morgani de Almeida	Aceito
Outros	Anuencia_1.pdf	07/02/2018 17:38:45	Maria Helena Morgani de Almeida	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/02/2018 17:35:16	Maria Helena Morgani de Almeida	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	07/02/2018 17:34:50	Maria Helena Morgani de Almeida	Aceito
Outros	CEP.pdf	23/11/2017 16:08:58	Maria Helena Morgani de Almeida	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	23/11/2017 16:07:48	Maria Helena Morgani de Almeida	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU **CEP:** 01.245-903
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 **E-mail:** cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 2.504.534

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 21 de Fevereiro de 2018

Assinado por:

Maria Aparecida Azevedo Kolke Folgueira
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br