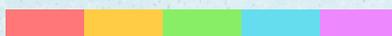




Boas práticas na gestão de saúde da pessoa idosa

POLÍTICAS PÚBLICAS
E PROMOÇÃO DA SAÚDE
NA PRÁTICA DO SUS



Dalia Romero e
Débora Castanheira
organizadoras

Boas práticas na gestão de saúde da pessoa idosa

POLÍTICAS PÚBLICAS
E PROMOÇÃO DA SAÚDE
NA PRÁTICA DO SUS

Boas práticas na gestão de saúde da pessoa idosa

POLÍTICAS PÚBLICAS
E PROMOÇÃO DA SAÚDE
NA PRÁTICA DO SUS

Dalia Romero e
Débora Castanheira
organizadoras



Editora ICITC-Fiocruz
Rio de Janeiro | 2020

Capa: Débora Souza
Imagens de capa: Unsplash

Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca de Manguinhos/ ICICT / FIOCRUZ - RJ

B662 B Boas práticas na gestão de saúde da pessoa idosa: políticas públicas e promoção da saúde na prática do SUS [recurso eletrônico] / Dalia Romero e Débora Castanheira, organizadoras. – Rio de Janeiro : Editora ICICT-Fiocruz, 2020.

198 p. : il.

Inclui bibliografia.
Modo de acesso: World Wide Web.
ISBN 978-65-87975-00-9

1. Saúde. 2. Pessoa idosa. 3. Gestão dos serviços de saúde. 4. Políticas públicas. 5. SUS. I. Romero, Dalia. II. Castanheira Débora. III. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde.

CDD 362.6

Os autores

Adalgisa Peixoto Ribeiro. Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina/UFMG

Alanna Gomes da Silva. Doutoranda e Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (2017). Graduada em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2012). Técnica em Gestão de Serviços de Saúde pelo CEFET-MG (2008).

Aline Marques. Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) e doutora em Epidemiologia em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Pesquisadora associada ao Laboratório de Informação em Saúde do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (LIS/ICICT/FIOCRUZ).

Antônia Lêda Oliveira Silva. Professora Titular da Universidade Federal da Paraíba, Presidente do Instituto Paraibano de Envelhecimento da UFPB-IPE, Coordenadora do Programa de Mestrado em Gerontologia/UFPB e Membro da RIPRES/Universidade de Évora - Portugal.

Bruno Costa Poltronieri. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ).

Carolina Coutinho. Mestre e Doutora em Epidemiologia pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) e Pesquisadora Associada ao Laboratório de Informação em Saúde, ICICT/Fiocruz

Célia Pereira Caldas. Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (Universidade do Estado do Rio de Janeiro -UERJ) e doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery (Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ). Professora Titular da UERJ, onde atua no Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Enfermagem, no Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas e no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Cristiana Ceotto Deslandes. Médica especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade; com especialização em Geriatria pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Médica matriciadora em Saúde do Idoso da Prefeitura Municipal de Itabirito (MG) e Referência Técnica da Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa da Prefeitura de Belo Horizonte (MG);

Dalia Romero. Mestre em Demografia pelo El Colegio de México e doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ). Pesquisadora do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnologia em Saúde da Fiocruz (ICICT/Fiocruz).

Daniel Groisman. Professor-pesquisador do Laboratório de Educação Profissional na Atenção à Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fiocruz. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (1999) e Doutor em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2015).

Débora Castanheira. Mestre e Doutora em ciência política pelo Instituto de Estudos Sociais e Políticos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IESP/UERJ). Pesquisadora associada do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnologia em Saúde da Fiocruz (ICICT/Fiocruz).

Deborah Carvalho Malta. Professora Associada e pesquisadora da Escola de Enfermagem da UFMG, bolsista de produtividade do CNPQ, Pesquisadora da FAPEMIG. Possui Pós-Doutorado pela Universidade Nova de Lisboa - Instituto de Higiene e Medicina Tropical em avaliação em saúde, doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (2001), Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais, Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora, residência médica em Pediatria e Medicina Social.

Edinilsa Ramos de Souza. Pesquisadora do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli, da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

Francisco Inácio Bastos. Médico, Mestre e Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) e Pesquisador Titular do Laboratório de Informação em Saúde, ICICT/Fiocruz

Ísis Eloah Machado. Possui graduação em Nutrição e Mestrado e Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais, na linha de pesquisa Prevenção e Controle de Agravos à Saúde.

Jéssica Muzy Rodrigues. Graduada em Ciências pela UFRJ, Mestre em Informação e Comunicação em Saúde pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu (PPGICS/ICICT/FIOCRUZ) e doutoranda em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

João Dehon Leandro França. Médico Geriatra do Hospital Universitário da UFPB.

José Luiz Telles. Médico, Doutor em Saúde Pública, pesquisador do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz e Membro da RIPRES/Universidade de Évora – Portugal.

Karla Cristina Giacomini. Médica especialista em Geriatria e Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria, Mestre em Epidemiologia pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; Doutora em Ciências da Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Minas Gerais); Consultora da Organização Mundial de Saúde para Políticas do Envelhecimento e Referência Técnica da Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa da Prefeitura de Belo Horizonte (MG).

Katia Costa. Mestre em Epidemiologia pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz)

Lidiane Toledo. Mestre e Doutora em Epidemiologia pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) e Pesquisadora Associada ao Laboratório de Informação em Saúde, ICICT/Fiocruz

Mariane Coimbra Da Silva - Psicóloga, com residência multiprofissional em Saúde do Idoso pelo Hospital Odilon Behrens da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (MG). Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais. Coordenadora de Projetos da Rede Longevidade;

Nathalia Andrade. Cursa Ciências Sociais na UFRJ e é bolsista PIBIC/CNPQ do GISE-Fiocruz.

Colaboração e revisão – equipe Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde (COSAPI/DAPES/SAPS/MS):

Elizabete Ana Bonavigo. Possui graduação em Psicologia, com Mestrado em Psicologia e Práticas Socioculturais pela UERJ, Especialização em Gestão da Saúde da Pessoa Idosa pela ENSP/Fiocruz, é Analista Técnico de Políticas Sociais no Ministério da Saúde, atualmente Coordenadora de Saúde da Pessoa Idosa na Coordenação Geral de Ciclos de Vida, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde.

Iara Eliza Pacífico Quirino. Possui graduação em Nutrição (2003), especialização em Gestão de Serviços Públicos de Saúde (2012), mestrado (2006) e doutorado (2012) em Ciência de Alimentos pela faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais. Atualmente, é servidora pública do Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)/ Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES)/ Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI).

Lucélia da Silva Nico. Cirurgiã-Dentista pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás -FO/UFG (2001). Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva pela FO/UFG (2003). Mestrado em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP (2005). Mestrado em Gerontologia pela Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP (2009). Doutorado em Saúde Pública na Faculdade de Saúde Pública da USP (2009). Especialização em Gestão em Saúde da Pessoa Idosa, pela Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ - Rio de Janeiro/RJ (2018). Tecnologista Pleno do Ministério da Saúde, atualmente lotada na Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI/ CGCIVI/DAPES/SAPS/MS).

Maria Cristina Correa Lopes Hoffmann. Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1992). Mestre em Saúde Coletiva, pelo ISC/UFBA/BA, especialista em saúde coletiva pela UnB/DF, em administração e planejamento para docentes pela ULBRA/RS e Especialista em Gestão da Saúde da Pessoa Idosa pela ENSP/FIOCRUZ. Doutoranda em Psicologia Clínica e Cultura/ UnB. Possui experiência nos seguintes temas: saúde mental, políticas públicas, álcool e outras drogas, planejamento, elaboração, acompanhamento e avaliação de

programas e projetos, saúde da pessoa idosa e processo de envelhecimento. Assessora técnica do Ministério da saúde desde 2001. Tem experiência como conteudista, revisora e coordenadora de cursos, nas modalidades presenciais e à distância, no campo da saúde pública, especialmente sobre os temas da gestão de sistemas e serviços, gestão do cuidado relacionados à saúde da pessoa idosa e em saúde mental.

Maria Luiza Ferreira. Tecnóloga em Processo Gerenciais pela Universidade do Norte do Paraná. Pós-Graduação em Controladoria e Finanças Públicas pela Unileya. Colaboradora Técnica da Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde.

Wendel Rodrigo Teixeira Pimentel. Fisioterapeuta Sanitarista. Mestre e Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde pela Universidade de Brasília - UnB/FCE. Especialista em Saúde Pública, Auditoria em Serviços de Saúde, Administração Hospitalar e em Fisioterapia Traumato-Ortopédica e Desportiva. Colaborador Técnico da Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde.

Sumário

Apresentação.....	12
Experiências de boas práticas de implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa nos municípios brasileiros.....	18
Resumo das Experiências de implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	23
Organização da atenção à saúde da pessoa idosa no SUS.....	28
Resumo das Experiências de organização da atenção à saúde da pessoa idosa no SUS.....	34
Matriciamento da Atenção à Pessoa Idosa.....	54
Resumo das Experiências de Matriciamento da atenção à saúde da pessoa idosa no SUS.....	64
O Desafio da Intersetorialidade na atenção integral à saúde das pessoas idosas.....	72
Resumo das Experiências de intersetorialidade na atenção.....	79
Atenção e cuidado domiciliar no SUS: experiências bem sucedidas e necessidades de expansão da oferta	88
Resumo das Experiências de atenção e cuidado domiciliar.....	99

Experiências exitosas em Reabilitação de Pessoas Idosas no SUS	110
Resumo das Experiências de reabilitação de pessoas idosas no SUS	113
Prevenção de agravos e doenças crônicas não transmissíveis no SUS.....	123
Resumo das Experiências de prevenção e agravos de DCNT no SUS.....	128
Prevenção da infecção por HIV/AIDS e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis em pessoas idosas	142
Resumo das Experiência de prevenção de HIV/AIDS e outras DSTs	149
Experiências exitosas na prevenção e enfrentamento à violência contra pessoas idosas no Brasil.....	153
Resumo das Experiências de prevenção e combate à violência contra a pessoa idosa.....	160
Intergeracionalidade e participação social de idosos: Experiências bem-sucedidas	167
Resumo das Experiências de participação em atividades sociais de pessoas idosas.....	174
Experiências exitosas sobre quedas em idosos: relevância e políticas públicas	187
Resumo das Experiências de prevenção de quedas e saúde da pessoa idosa.....	192

Apresentação

Este livro é resultado do esforço conjunto do Grupo de Informação em Saúde e Envelhecimento da Fiocruz (GISE/FIOCRUZ) e da Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde (COSAPI/DAPES/SAPS/MS)¹. A parceria entre o GISE/FIOCRUZ e a COSAPI/MS, que data de 2009, tem gerado muitos frutos positivos na última década, dentre eles o Mapeamento de Experiências de Boas Práticas em Gestão Pública no campo do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.

No Brasil, as quedas nos níveis de mortalidade a partir de 1940 e de natalidade por volta de 1960 resultaram em mudanças na estrutura etária da população, levando o país, de predominantemente jovem, ao início do processo de envelhecimento (VASCONSELO & GOMES, 2012). Em 2017, pessoas com 60 anos ou mais representavam 12,51% da população brasileira e estimativas do IBGE apontam que esse valor deve chegar a 29% em 2050. Ao mesmo tempo, a situação epidemiológica brasileira é marcada pelo aumento de prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), características das faixas etárias mais elevadas (LIMA-COSTA *et al.*, 2004), em concomitância com uma agenda não concluída de infecções e desnutrição, além do crescimento de causas externas (MENDES, 2010).

Em razão dessas mudanças, a saúde da população idosa se tornou um dos problemas mais importantes para a investigação e o planejamento de políticas públicas (ROMERO *et al.*, 2019). Na verdade, a pressão orçamentária sobre o sistema de saúde relacionada ao aumento da população idosa

¹ Através do Termo de Execução Descentralizada (TED) Nº 106 de 2016.

com DCNT, às limitações provocadas por elas e à perda de anos de vida saudáveis é considerada por muitos pesquisadores como um dos principais fatores para o equilíbrio fiscal do Estado brasileiro nos anos vindouros (WONG & CARVALHO, 2006; BANCO MUNDIAL, 2011).

Não obstante isso, é imprescindível mencionar que o aumento da expectativa de vida representa uma importante conquista social e resulta da melhoria das condições de vida, com ampliação do acesso a serviços médicos preventivos e curativos, avanço da tecnologia médica, ampliação da cobertura de saneamento básico, água encanada, esgoto, aumento da escolaridade, da renda, entre outros determinantes sociais (BRASIL, 2014). Neste sentido, o envelhecimento individual deve ser encarado como um triunfo do desenvolvimento e o aumento da longevidade é uma das maiores conquistas da humanidade (UNFPA, 2012).

O momento é, portanto, de celebração do aumento de expectativa de vida e preparação para os enfrentamentos dos novos desafios que o envelhecimento populacional traz para a saúde pública. A preocupação com aumento exponencial da população idosa e, conseqüentemente, da carga de DCNT potencialmente incapacitantes impõe as políticas públicas brasileiras a priorizarem o envelhecimento saudável, com a promoção da saúde como principal objetivo.

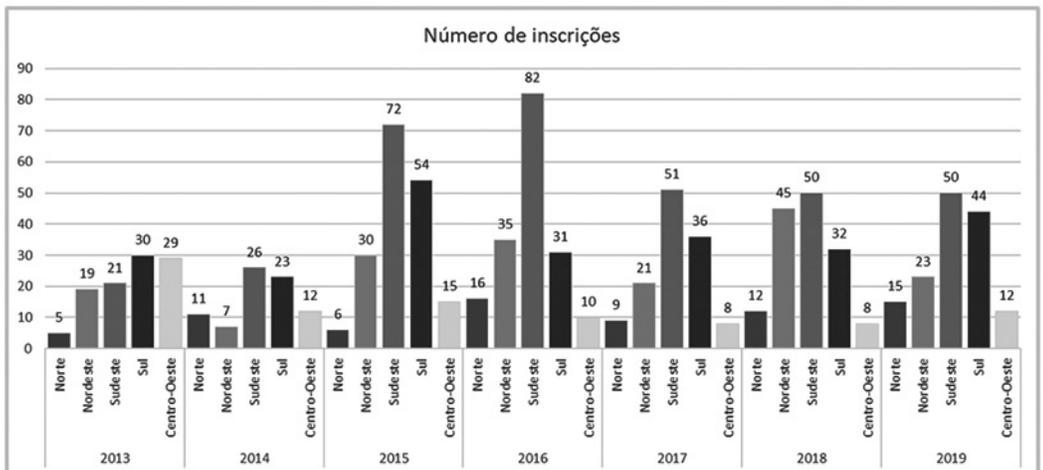
Nesse cenário é importante incentivar a criação de redes colaborativas que fomentem a aproximação da pesquisa e inovação tecnológica com as práticas de saúde vividas no cotidiano das gestões municipal e estadual do SUS. Este livro é mais uma iniciativa neste sentido. A publicação pretende, concomitantemente, discutir temas de saúde da pessoa idosa a partir de um enfoque interdisciplinar e registrar, dar visibilidade e disseminar as respostas que o SUS tem lançado mão para responder às demandas das pessoas idosas.

O presente livro propõe-se dar visibilidade a experiências de gestão pública municipal e estadual de promoção da saúde da pessoa idosa em diversos temas ligados à esta população, além de contextualizar criticamente o quadro epidemiológico e o estado das políticas públicas brasileiras.

Para isso, utilizará como banco de dados o Mapeamento de Experiências Exitosas Estaduais, Distritais e Municipais no campo do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, que é uma iniciativa que integra, desde 2013 a agenda anual da COSAPI/DAPES/SAPS/MS, em parceria com GISE/FIOCRUZ (<https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/>). Este mapea-

mento tem como objetivo conhecer e dar visibilidade às boas práticas de municípios, estados e do Distrito Federal no campo da saúde da pessoa idosa². Com isso, espera-se divulgar e compartilhar experiências com gestores, profissionais de saúde e interessados em geral, além de incentivar estratégias e ações que contribuam para qualificar o cuidado à pessoa idosa no SUS, em consonância com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU.

As experiências mapeadas podem estar relacionadas aos diferentes níveis de cuidados, da Atenção Primária à Especializada, desenvolvidas, por exemplo, junto à Estratégia de Saúde da Família (ESF), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Atenção Domiciliar, Atenção Hospitalar, entre outras, assim como experiências ligadas aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIS. Entre a 1ª edição, realizada em 2013 e a edição de 2019, foram inscritas 822 experiências e todo ano são selecionadas 14 experiências, contemplando todas as regiões brasileiras³.



Fonte: Banco de dados do Mapeamento de Experiências Exitosas Estaduais, Distritais e Municipais no campo do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em <https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/>

² Apesar de a inscrição sempre ter sido facultada a todas as esferas de gestão do SUS, apenas em 2015 a inscrição começou a registrar sistematicamente a esfera das experiências inscritas no mapeamento.

³ Até 2015 eram selecionadas anualmente 12 experiências em destaque, a partir de 2016 o número foi ampliado para 14.

A divulgação das experiências atua em três frentes importantes para o fortalecimento da saúde pública e da gestão em saúde da pessoa idosa. Em primeiro lugar, a divulgação ampla possibilita a troca de saberes e iniciativas. Isso cria a possibilidade de reprodução das práticas que alcançaram os melhores resultados em outros lugares que tenham problemas e condições de saúde similares. Isso ajuda a fortalecer a rede de apoio entre profissionais e colaboradores do SUS.

Em segundo lugar, ao dar visibilidade às boas práticas realizadas no interior do sistema público de saúde, a seleção caminha no sentido de dirimir preconceitos sobre o funcionamento da gestão pública em saúde. De fato, o SUS é frequentemente retratado pelos meios de comunicação como um sistema em constante crise, com reportagens e notícias frequentemente associadas às mazelas e dificuldades do setor (CASTANHEIRA *et al.*, 2018). É fundamental fazer transparecer à sociedade que o SUS não é apenas o que é mostrado nos jornais, que Agentes Comunitários de Saúde, profissionais da Atenção Primária, atores em geral no território brasileiro dedicam-se dia a dia à saúde da pessoa idosa, com iniciativa, inovação, dedicação e gentileza. A seleção das boas práticas busca valorizar processos de trabalho e da criatividade dos gestores da saúde, mas sobretudo o esforço da gestão na implementação e desenvolvimento das ações e serviços de saúde em todas as regiões do país.

Por último, mas de nenhuma forma menos importante, o mapeamento estimula a participação social. A participação social em saúde é um dos princípios que rege o direito à saúde no Brasil, ao lado dos princípios da universalidade, integralidade, descentralização e equidade em saúde. Vale lembrar que a ideia de participação social é mais abrangente do que o mero controle social pois pressupõe que a comunidade irá não somente fiscalizar a atuação na área da saúde, mas também se organizar, gerir e intervir nos processos de formação de políticas de saúde. Com isso, cumpre seu papel de à sociedade para um melhor acompanhamento e avaliação das ações referentes gestão em saúde do idoso, desenvolvidas no Brasil.

As experiências que se destacaram ao longo dos anos de mapeamento foram divididas em 11 categorias, criadas a partir das diretrizes da PNSPI:

Prevenção de quedas; Combate à violência; Importância da participação em atividades sociais; Prevenção de agravos de DCNT no SUS; Reabilitação de pessoas idosas no SUS; Intersetorialidade na atenção à saúde das pessoas idosas; Implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; Matriciamento da atenção à saúde da pessoa idosa no SUS; Organização da atenção à saúde da pessoa idosa; Cuidado e assistência domiciliar; e Prevenção de DSTs e AIDS.

Nesta publicação, cada capítulo tem como função mostrar como experiências realizadas no interior do SUS podem ser soluções criativas e inovadoras para responder aos desafios em cada um dos temas. Por isso, cada capítulo fará uma breve introdução sobre o tema com o objetivo de explicar sua importância para a saúde pública brasileira levando em consideração o quadro epidemiológico, além de fazer um panorama das políticas públicas brasileiras atinentes.

As experiências selecionadas para fazer parte deste livro revelam um sistema de saúde em permanente processo de reinvenção, pautado pelo cotidiano do trabalho, pelas relações com os usuários, pelas especificidades e necessidades do atendimento à população idosa. Esperamos contribuir para que a troca de saberes e iniciativas seja realizada pautada pelo conhecimento científico.

Boa leitura!

As organizadoras

Referências

BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais velho**: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços. Washington: The World Bank; 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS**: proposta de modelo de atenção integral. Ministério da Saúde: Brasília; 2014.

CASTANHEIRA, D; FAULHABER, C; GERSCHMAN, S. O papel da mídia na construção da agenda governamental para o SUS no Rio de Janeiro. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 12, n. 3, p. 292-309, jul.-set. 2018.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Envelhecimento no século XXI**: celebração e desafio (Resumo Executivo). Nova York, 2012.

LIMA-COSTA, MF; PEIXOTO, SV; GIATTI, L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980-2000). **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 13, n. 4, p. 217-228, 2004.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2297-2305, dez. 2010.

ROMERO, D; CASTANHEIRA, D; MARQUES, A; *et al.*. Diretrizes e indicadores de acompanhamento das políticas de proteção à saúde da pessoa idosa no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 13, n. 1, p. 134-157. Dez. 2019.

SANTOS, L; CAMPOS, GW. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n.2. p. 438-446. Abr.-Jun. 2015.

VASCONCELOS, AM; GOMES, MM. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539-548. Dez. 2012.

WONG, LL; CARVALHO, JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev Bras Estud Popul**, v. 23, n. 1, p. 5-26. Jan.-Jun. 2006.

Experiências de boas práticas de implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa nos municípios brasileiros

Dalia Romero; Débora Castanheira

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

A importância de instrumentos de gestão que auxiliem o planejamento de ações de saúde vem crescendo nos últimos anos. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa integra um conjunto de iniciativas que tem por objetivo qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas no Sistema Único de Saúde. O programa iniciou em 2006, quando foi lançada a 1ª Edição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. O instrumento foi reformulado e a 2ª Edição foi lançada em 2012. Posteriormente, entre 2013 e 2014 a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa passou por um novo processo de reformulação, realizado pela Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde (COSAPI/MS) em parceria com o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnologia em Saúde da Fiocruz (ICICT/Fiocruz). O objetivo dessa reformulação era torná-la um instrumento de aplicação periódica para o monitoramento da saúde da pessoa idosa, útil ao mesmo tempo para que o idoso se informe sobre sua condição de saúde e para a atenção primária, identificar a partir das informações da caderneta os sinais de alerta

que ajudarão a orientar a atuação dos profissionais nos diferentes pontos de atenção da rede ou (em sua rede de serviços.)

Em 2014, após amplo processo de consulta pública, o Ministério lançou a 3ª Edição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e sempre que necessário vai aprimorando pontos identificados. Atualmente, após pequenas atualizações, a Caderneta está em sua 5ª Edição. Até dezembro de 2019, mais de 2900 municípios tinham aderido à nova Caderneta.

O Ministério da Saúde considera a Caderneta um instrumento estratégico de qualificação da atenção à pessoa idosa, que objetiva contribuir para a organização do processo de trabalho das equipes de saúde e para a otimização de ações que possibilitem uma avaliação integral da saúde da pessoa idosa, identificando suas principais vulnerabilidades e oferecendo orientações de autocuidado (BRASIL, 2015).

A caderneta da pessoa idosa mostra-se um instrumento relevante para subsidiar o cuidado em saúde já que é um mecanismo essencial de acompanhamento e avaliação que pode ser determinante no controle e monitoramento de algumas comorbidades (DANTAS, 2015). Em razão da importância deste instrumento na organização do cuidado à pessoa idosa no território brasileiro, são essenciais iniciativas que envolvam todas as esferas de gestão do SUS para garantir a correta distribuição, a adesão e o uso qualificado da caderneta, além de ratificar a importância do seu uso.

A Caderneta nas políticas públicas

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é uma iniciativa do Ministério da Saúde para prestar apoio aos gestores do SUS dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Primária conforme a responsabilidade de cada ente federativo, tal qual disposto no art. 8º, IV, da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2017.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), de 2006 (posteriormente consolidada na Portaria de Consolidação GM/MS Nº 2, de

28 de setembro de 2017), já previa a necessidade de um instrumento tal qual a Caderneta. De fato, em sua Diretriz 3.2, que trata da atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, essa política declara que:

“Instrumentos gerenciais baseados em levantamento de dados sobre a capacidade funcional (inventários funcionais) e sócio-familiares da pessoa idosa deverão ser implementados pelos gestores municipais e estaduais do SUS, para que haja a participação de profissionais de saúde e usuários na construção de planos locais de ações para enfrentamento das dificuldades inerentes à complexidade de saúde da pessoa idosa”.

“Incorporação, na atenção básica, de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes do Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial.” (BRASIL, 2017)

Nesse sentido, pode-se afirmar que a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa cumpre com um papel importante na PNSPI, ao funcionar como um instrumento gerencial que permite a avaliação do estado funcional individual e coletiva das pessoas idosas. A Caderneta permite a realização de uma avaliação multidimensional, e por isso é um instrumento que permite identificar, rastrear questões relacionadas a diferentes dimensões da vida das pessoas que podem influenciar na sua capacidade funcional. A partir dessa avaliação funcional coletiva é possível determinar a pirâmide de risco funcional, estabelecida com base nas informações relativas aos critérios de risco da população assistida pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cada município.

Além disso, a Caderneta contribui para promover a autonomia e a independência das pessoas idosas, empoderando-as para o autocuidado, um dos principais objetivos tanto da PNSPI quanto, por exemplo, do Plano de

Ação Internacional para o Envelhecimento (ONU, 2002) que, no Tema 2 (Acesso universal e equitativo aos serviços de assistência à saúde), Objetivo 4 (Participação de idosos no desenvolvimento e fortalecimento dos serviços de atenção primária de saúde e atendimento a longo prazo), tem como medida: *“promover a auto-assistência de idosos e aproveitar ao máximo suas vantagens e capacidades nos serviços de saúde e sociais;”*

Experiências exitosas

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde e, por este motivo, tem como responsabilidade coordenar o cuidado e ordenar as ações e serviços, cabendo a este nível de atenção o direcionamento da assistência à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2017). Sendo assim, a distribuição e utilização da caderneta cabe a este nível de atenção, visto que a Caderneta permite proporcionar um atendimento centrado nas necessidades da pessoa idosa em seu contexto de vida (BRASIL, 2018).

Tendo isso em vista, e em que pese o apoio do Ministério da Saúde para a implementação do instrumento, cada município tem liberdade para implementar a Caderneta de acordo com as necessidades de seu território. Algumas experiências neste sentido, das quais trataremos a seguir, são inspiradoras e mostram como a gestão em saúde da pessoa idosa pode ser aprimorada na APS. Até 2018, três experiências haviam sido premiadas nesta categoria.

Um ponto essencial para a implementação adequada da Caderneta é a capacitação dos profissionais de saúde para sua utilização. Ainda com a versão da Caderneta pré-reformulação, o município de Caxias do Sul (RS) apresentou uma experiência de implementação do instrumento de destaque em 2013, cujo foco principal era a informação e capacitação dos profissionais para o uso do instrumento.

Já o município de Natal, no Rio Grande do Norte, fez isso de maneira interessante. Em primeiro lugar, é importante ressaltar que o processo de

implementação do instrumento no município foi marcado por um considerável esforço de pactuação com os cinco Distritos Sanitários. A capacitação, neste contexto, foi feita levando em consideração que os responsáveis pela APS de cada Distrito são grandes aliados para multiplicar o conhecimento. Isso é importante porque o sucesso de programas no SUS está frequentemente ligado ao sucesso do planejamento compartilhado de ações, que passa pela definição de estratégias, diagnóstico setorial, análise institucional e programação regional (RIVERA; ARTMANN, 2012).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Natal convidou os responsáveis por cada distrito, bem como profissionais de cada UBS, para realização de capacitação. A ideia era que esses profissionais se tornassem multiplicadores de conhecimento e referência para a utilização da Caderneta. Posteriormente, os profissionais treinados pela SMS conduziram a capacitação de todos os profissionais de suas respectivas unidades, com o apoio da SMS. Para fortalecer a necessidade de utilização da Caderneta, o município também emitiu Nota Técnica adotando a Caderneta como cartão oficial de vacinação para a população idosa.

No que tange à utilização da Caderneta na rotina das UBSs, a experiência realizada no município de Parnamirim, também no Rio Grande do Norte, é que se destaca. Com o apoio da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), o município utilizou a Caderneta para implementar um sistema de avaliação geriátrica global (ou seja, incluindo saúde e funcionalidade), utilizando para isso uma plataforma digital desenvolvida pela universidade, com informações constantes na caderneta, contando inclusive com uma versão eletrônica do instrumento. A Caderneta é preenchida em dia marcado por uma equipe multiprofissional (Agentes Comunitários de Saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, dentistas e fisioterapeutas), posteriormente as informações são registradas no sistema juntamente com os resultados de exames realizados, onde servirão de insumo para subsidiar Plano Terapêutico Singular, com encaminhamento da pessoa idosa na rede de atenção à saúde quando necessário.

Considerações Finais

As experiências relatadas mostram que a cooperação de diversas instâncias de gestão da saúde e instituição tem impacto positivo na implementação e uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, o que aumenta a oportunidade para que o instrumento tenha sucesso como forma de monitorar a saúde das pessoas idosas no território e direcionar seu atendimento.

A capacitação dos profissionais de saúde para o uso do instrumento se mostrou muito importante para a completa compreensão do instrumento e de seus usos potenciais na atenção à saúde da pessoa idosa nos municípios. Experiências como esta podem ser replicadas em outros municípios que realizaram adesão ao instrumento. Da mesma forma, a utilização da Caderneta para implementar um sistema de avaliação geriátrica que inclui a dimensão da funcionalidade é uma maneira relevante de aplicação que ajuda a enfrentar os desafios do envelhecimento populacional.

Resumo das Experiências de implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Pro-EVA (Promoção ao Envelhecimento e Vida Ativa)

Em um mundo altamente digital, ter um backup das informações online é cada vez mais necessário. Um banco de dados desse tipo não só é importante para manter as informações a salvo, mas também para servir como base de pesquisa. Esta base é ainda mais importante quando estamos tratando de serviços públicos cruciais, como o fornecimento de saúde pública de qualidade. Com um conjunto de informações relevantes, é possível fazer a implementação de políticas públicas mais eficientes. Pensando nisso, o município de Parnamirim, no Rio Grande do Norte, criou um projeto de promoção da saúde com o uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa que consiste na criação de uma Plataforma Digital para Tomada de Decisões, Monitoramento e Promoção do Envelhecimento Ativo. O proje-

to, chamado de “Promoção ao Envelhecimento e Vida Ativa” e apelidado de Pro-EVA, foi feito por meio de uma parceria da Prefeitura Municipal de Parnamirim com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Ele toma a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa como base. Seu diferencial estratégico é fazer um registro digital das informações que foram preenchidas na Caderneta, em parceria entre os agentes de saúde e o idoso. O objetivo do Pro-EVA é, portanto, implementar uma gestão geriátrica ativa, com avaliação e monitoramento dos dados, possibilitando criar um plano de ação mais eficiente. Além disso, também se objetiva disseminar as informações recolhidas, a fim de melhorar a qualidade de vida da parcela populacional idosa do município. Até 2018, o projeto já havia atingido mais de 900 pessoas do público-alvo selecionado e suas vantagens são inúmeras. De acordo com os autores, as informações online foram extremamente úteis para a manutenção da saúde da população idosa e serviram como base para novas políticas públicas. No longo prazo, é possível inferir que o banco de dados se torne ainda mais fundamental para entender melhor as principais necessidades da população idosa e implementar políticas de saúde mais completas e eficazes.

Esfera: Municipal

Município: Parnamirim, RN

Instituição Responsável: Prefeitura Municipal de Parnamirim

Coordenação da experiência: Álvaro Campos Cavalcanti Maciel

E-mail da coordenação: proeva2018@gmail.com

Telefone institucional: (84) 3644-8104

Parceiros: Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Ano de participação: 2018

Um novo olhar do cuidado: implementando a caderneta de saúde da pessoa idosa no município de Natal/RN

Muitas vezes, excelentes ideias e projetos acabam não sendo tão eficientes, pois a equipe responsável por sua implementação não entende muito bem como ele funciona, nem sabe qual é sua relevância. Por isso, é muito importante que os profissionais relacionados aos projetos sejam

capacitados e vejam valor naquilo em que estão trabalhando. Foi considerando isso que o município de Natal, no Rio Grande do Norte, fez uma verdadeira força-tarefa de implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. O projeto, intitulado “Um novo olhar do cuidado” teve como meta realizar a implementação da Caderneta no município da forma mais eficiente possível. Os objetivos eram aumentar o cuidado com a pessoa idosa, monitorando também as doenças crônicas ou outros fatores que pudessem influenciar seu bem-estar. Da mesma forma, também se objetivou capacitar os profissionais e informar os familiares, a fim de possibilitar uma visão geral sobre a saúde da pessoa idosa e garantir as melhores práticas. O município de Natal é dividido em cinco distritos sanitários e o projeto utilizou-se dessa divisão para capacitar os profissionais que trabalhariam como “multiplicadores” da caderneta de saúde da pessoa idosa. Cada um dos distritos sanitários recebeu treinamento para que a utilização da caderneta fosse amplamente compreendida, assim como sua importância. Os multiplicadores foram responsáveis por criar um momento de entrega da caderneta para a população idosa e seus familiares, fazendo uma sensibilização para que eles compreendessem claramente o conteúdo e como ela funcionava. A ideia foi criar uma explicação lúdica e divertida, que facilitasse a compreensão da Caderneta. Esse processo de implementação e sensibilização também teve o apoio dos alunos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Além disso, o município também adotou a Caderneta como seu cartão oficial de vacinas para a pessoa idosa, dando ainda mais importância para o instrumento. Mais de 63 mil pessoas já participaram no projeto. Como resultado, foi possível perceber uma latente preocupação dos profissionais de saúde em manter a Caderneta preenchida em dia e uma alta percepção social da importância do instrumento.

Esfera: Municipal

Município: Natal, RN

Instituição Responsável: Secretaria Municipal de Saúde

Coordenação da experiência: Núcleo de Saúde do Idoso

E-mail da coordenação: saudedoidosonatal@gmail.com

Telefone institucional: (84) 3232-8008

Ano de participação: 2018

Estratégias Singulares de Implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa no Município de Caxias do Sul/RS

A região do Município de Caxias do Sul viu, desde o início, a importância da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para melhoria das condições de saúde de sua população nessa faixa etária. Por isso, seu projeto de implementação da Caderneta teve como primeiro foco a identificação e cadastro da população com mais de 60 anos dos municípios da região, além da capacitação e sensibilização das equipes das Unidades Básicas de Saúde. Percebeu-se que, com a implementação e informação, os profissionais de saúde refletiram muito mais sobre seus processos de trabalho, adequando-os ao perfil da pessoa idosa e implementando práticas especiais. Por exemplo, foram construídos planos terapêuticos singulares para cada pessoa idosa, possibilitando um atendimento bem mais humano, pessoal e eficaz. Os processos de implementação foram feitos em sete municípios da região de Caxias do Sul, respeitando as particularidades e características de cada localidade. Afinal, cada município tem seu próprio ordenamento e suas próprias iniciativas de saúde. A ideia foi usar a Caderneta como uma aliada ao que já existia. Sendo assim, nas unidades de saúde tradicionais, a implementação fez uso de programas da Secretaria de Saúde já existentes, como o Hiperdia. Já nas unidades de saúde que possuíam uma Estratégia Saúde da Família (ESF), a implementação foi feita especialmente por meio de Agentes Comunitários de Saúde, que fizeram visitas domiciliares. Em todas as formas de implementação, os resultados foram muito favoráveis. Foi verificado uma melhoria no relacionamento entre os profissionais da Atenção Básica e as pessoas idosas de toda região. Além disso, também foi possível visualizar que existe hoje uma maior compreensão pelos profissionais de saúde da importância da Caderneta e do cuidado com a pessoa idosa.

Município: Caxias do Sul, RS

Instituição Responsável: Secretaria Municipal da Saúde de Caxias do Sul

Coordenador da experiência: Nadia Peresin Perottoni

E-mail da coordenação: nperottoni@caxias.rs.gov.br

Telefone institucional: (54) 3290-4555

Ano de participação: 2013

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa. **Apresentação da 3ª Edição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, DF: COSAPI/MS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM N° 2436**. 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: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS N° 2, de 28 de setembro de 2017**. Anexo XII. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

DANTAS, KM. **Caderneta de saúde da pessoa idosa no olhar dos idosos atendidos na Estratégia de Saúde da Família**. Dissertação defendida para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Paraíba, 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Plano de ação internacional contra o envelhecimento**, 2002. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

RIVERA, FJ; ARTMANN, E. **Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

Organização da atenção à saúde da pessoa idosa no SUS

Débora Castanheira, Aline Marques; Jéssica Muzy Rodrigues

Introdução

A organização da atenção à saúde da pessoa idosa é uma categoria criada para compreender dois aspectos diferentes, porém complementares, ligados ao desenvolvimento de uma estrutura de cuidado à população idosa no SUS. De um lado, o cumprimento do princípio da universalidade do sistema (tratado aqui a partir da ótica da criação de unidades especializadas) e, por outro, a efetivação da integralidade da atenção, aqui visto a partir dos esforços para o estabelecimento de fluxos de atenção à pessoa idosa no SUS.

Tratar da organização de estruturas de atenção à saúde é importante porque, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda carece de efetividade (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Todas as estratégias de organização da atenção à saúde devem ter como objetivo alcançar a universalidade e integralidade do atendimento aos idosos no SUS. A universalidade está ligada à garantia do direito à saúde por todos os brasileiros, sem acepção ou discriminação, de acesso aos serviços

de saúde oferecidos pelo SUS (PAIM; SILVA, 2010). O princípio da universalidade está ligado à compreensão da saúde como um direito de cidadania, do qual ninguém pode ser excluído. Quando tratamos da população idosa, temos que pensar no atendimento universal também como na criação de estruturas adaptadas para atenção a este grupo etário.

Outro princípio fundamental é a integralidade, ou seja, a noção de que existem várias dimensões que são integradas envolvendo a saúde dos indivíduos e das coletividades. Assim, o SUS procura ter ações contínuas no sentido da promoção, da proteção, da cura e da reabilitação. Esse princípio orientou, desde o início do SUS, a expansão e qualificação das ações e serviços, que ofertam desde um elenco ampliado de imunizações até os serviços de reabilitação física e mental, além das ações de promoção da saúde de caráter intersetorial (VASCONCELOS; PASCHE, 2006). No que tange à população idosa, de acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), isso significa o:

“estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência; e implementando de forma efetiva modalidades de atendimento que correspondam às necessidades da população idosa, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar, sempre que possível. Contemplando também fluxos de retaguarda para a rede hospitalar e demais especialidades, disponíveis no Sistema Único de Saúde.” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

No documento “Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: Proposta de Modelo de Atenção Integral” (BRASIL, 2014a), o Ministério da Saúde reafirma a PNSPI e estabelece os principais conceitos e orientações nacionais a serem considerados pelo conjunto de ações, programas e serviços dirigidos à atenção integral à saúde das pessoas idosas. São eles: o trabalho em rede; a integração entre os diferentes pontos de atenção; a identificação dos pontos de atenção estratégicos na Atenção Básica e na especializada e a importância da articulação intersetorial.

Considerando o atendimento aos princípios acima, as experiências desta categoria foram organizadas em dois grandes blocos de análise. O

primeiro deles, ligado ao princípio da universalidade, trata da criação de unidades especializadas no tratamento de pessoas idosas. O segundo, ligado à integralidade, trata do estabelecimento de fluxos de cuidado, seja entre unidades na rede de atenção à saúde, seja internamente nas unidades. Importante notar que nenhuma das experiências pode ser classificada como cumprindo apenas um princípio do SUS, a divisão feita neste texto é apenas para fins de análise.

A universalidade e a criação de unidades especializadas

A assistência especializada em saúde é um ponto importante de estrangulamento do sistema de saúde brasileiro, o maior desafio se estabelece após a solicitação da consulta, exame ou procedimento para serviços especializados por causa da reduzida capacidade na oferta de vagas frente à pressão das demandas (SANTOS; GIOVANELLA, 2016).

Este tipo de desafio é ainda maior no atendimento à população idosa em razão da vulnerabilidade dos atendidos e suas profundas particularidades biopsicossociais que a diferenciam da população adulta, além da heterogeneidade no processo de envelhecimento. Neste sentido, a criação de equipamentos voltados para a atenção especializada à pessoa idosa, articulados com a atenção primária é ponto essencial no atendimento integral a esta população.

Importante reforçar que neste ponto o princípio da universalidade se intersecciona com o da integralidade, pois a articulação de serviços da atenção especializada – desde serviços de atenção diária, como ambulatórios, até as unidades de cuidados de longa permanência, por exemplo – com a APS é essencial, e que eles devem ser utilizados sempre que necessários e previstos no Plano Terapêutico Singular de cuidado.

Duas experiências interessantes neste sentido são a criação do “Centro de Saúde do Idoso”, em Cachoeirinha, RS, e da “Enfermaria De Cuidados Paliativos Geriátricos Do Hospital De Apoio De Brasília”, no Distrito Federal.

Ambas as iniciativas tratam da oferta de serviços especializados para a população de 60 anos ou mais, considerando a multidisciplinaridade do cuidado.

Essas experiências procuram garantir, em todas as etapas de organização do acesso, o acolhimento e cuidado humanizados da população idosa nos serviços de saúde do SUS, ou seja, não só exercitar a escuta, mas propiciar que está se traduza em responsabilização e resolutividade, o que leva ao acionamento de redes internas, externas e multidisciplinares. O cuidado nelas é alinhado ao proposto pelo Ministério da Saúde no sentido de ser orientado a partir da funcionalidade global da pessoa idosa, considerando o risco de fragilidade existente e o seu grau de dependência (capacidade de execução), buscando a autonomia (capacidade de decisão) possível (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

A integralidade e os fluxos de atenção à pessoa idosa no SUS

A garantia da integralidade em saúde é frequentemente estudada sob a ótica da pressão orçamentária gerada pelo aumento de demanda e as formas de organização dos recursos disponíveis para aumentar a eficiência dos gastos públicos em saúde (FRANCO; MAGALHÃES JR, 2004). Contudo, é importante compreendê-la não apenas como um problema de distribuição eficiente de recursos, mas também como organização do fluxo do usuário para acesso aos mesmos.

Neste sentido, a organização dos processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a reorganização dos serviços de saúde em uma perspectiva centrada no usuário e suas necessidades. No modelo assistencial hegemônico (FRANCO, 1999) o fluxo de atendimento é voltado para a consulta médica. O processo de trabalho neste caso carece de uma interação entre práticas, necessárias para o cuidado integral à saúde da pessoa idosa. No modelo hegemônico de produção de saúde prevalece o uso de tecnologias duras (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos), em detrimento de tecnologias leve-duras (definidas pelo conhecimento técnico) e leves (as tecnologias das relações) para o cuidado ao usuário

(MERHY, 1998). A mudança do modelo assistencial que as experiências aqui descritas incorporam parte de uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção da saúde, ou seja, da adoção de tecnologias leves e leve-duras como condição para que o serviço seja produtor do cuidado. De maneira mais simples, a oferta de serviços de saúde passa a ser centrada no cuidado, e não na cura de doenças.

A proposta para que isso aconteça na atenção à saúde da pessoa idosa no SUS é a incorporação de linhas de cuidado (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). A partir desta abordagem podemos afirmar que a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica (FRANCO; MAGALHÃES JR, 2004), onde a assistência deve ser realizada por uma equipe multiprofissional e planejada seguindo o modelo de promoção da saúde. Isso significa que devem ser implantados mecanismos visando o aumento do vínculo, a responsabilização e acolhimento ao usuário (JESUS; ASSIS, 2010).

A abordagem a partir de uma linha de cuidado é particularmente importante quando tratamos de ações oferecidas às pessoas idosas frágeis. Realizar este tipo de intervenções baseadas simplesmente na abordagem da doença é potencialmente perigoso, sendo responsável pela alta prevalência de iatrogenia, considerada uma das principais síndromes geriátricas. A “epidemia de doenças crônicas e de incapacidades funcionais” resulta no uso mais intensivo e prolongado dos serviços de saúde, exigindo adequação das redes de atenção à saúde para responder às necessidades emergentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Organizar o fluxo assistencial a partir de uma linha de cuidado significa colocar o usuário como elemento estruturante de todo processo de produção da saúde, quebrando a forma tradicional de planejamento compartimentado de intervenções. O trabalho passa a ser pensado de forma integrada e não fragmentada. Neste sentido, a linha de cuidado é fruto de um grande pacto que deve ser realizado entre todos responsáveis pela assistência à saúde da pessoa idosa.

A organização deste tipo de atividade coloca dois tipos de desafios para a gestão em saúde. Por um lado, é necessário organizar internamente os

fluxos de atendimento das unidades sob esta perspectiva de cuidado integral. Por outro, é essencial organizar o fluxo assistencial em cadeia entre as unidades. Demonstrando a grande importância deste tema para a gestão do SUS, temos 18 experiências premiadas nesta categoria (colocar link ou lista com nome das 18, informando que serão comentadas X experiências)

Encontramos no SUS maneiras criativas de enfrentar estes dois tipos de desafios. No que tange à organização interna de fluxos nas unidades de saúde, podemos destacar experiências como o “Hospital Amigo do Idoso”, projeto realizado no município de Araruama do Rio de Janeiro. Este projeto teve como objetivo reorganizar os fluxos de atendimento a partir de uma perspectiva do cuidado multidimensional à pessoa idosa.

Essa experiência mostra como é importante a realização da avaliação multidimensional, considerando a imensa diversidade de condições e de capacidades funcionais dos indivíduos idosos. Implantando estratégias simples o projeto foi capaz de reduzir o tempo de internação e contribuir para o aumento da capacidade funcional dos internados.

Já no que concerne a criação do fluxo de cuidado na cadeia de estabelecimentos, podemos destacar a prática “Cuidando de Idosos Frágeis: Uma experiência fortalecida pelo cuidado em rede”, realizada em Salvador, na Bahia. Este projeto, de responsabilidade do Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso – CREASI, repensou a organização e os processos de trabalho instituídos, tomando como pressuposto básico o modelo de atenção ao cuidado voltado para a funcionalidade.

Além da criação de equipes multidisciplinares – contando inclusive com a elaboração de um plano de cuidados integral que organiza o compartilhamento de responsabilidades no cuidado –, esta experiência utilizou-as para a estratificação clínico-funcional dos pacientes idosos, criando formulários para encaminhamento de atendimento baseado nesta estratificação.

A Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, por sua vez, também promoveu uma experiência muito enriquecedora chamada “Oficina sobre as ferramentas para construção da Linhas de cuidado de atenção à pessoa idosa no Estado do Maranhão”. A oficina, que tinha como objetivo principal disseminar o conceito de Linha de cuidado, fazendo com que sejam implementadas todas as ferramentas de cuidado necessárias para sua im-

plantação, traz a luz outro aspecto importante da organização da atenção, que é a capacitação dos profissionais de saúde.

Podemos destacar ainda a experiência “Implantando Redes de Atenção à Saúde do Idoso na fronteira entre Brasil e Uruguai”, realizada pela Coordenação Municipal de Saúde do Idoso de Santa’ana do Livramento (RS), uma cidade na fronteira entre Brasil e Uruguai. A iniciativa, que pretendia melhorar a qualidade do cuidado em saúde ofertado pela Atenção Básica no município e estabelecer um serviço especializado de referência para o atendimento das Pessoas Idosas que também fosse matriciador da atenção básica, mostra como são importantes a realização de atividades de estruturação de um sistema logístico que permita a articulação entre os diferentes pontos de atenção, estruturando o fluxo dos usuários entre estes pontos , tanto nas situações de urgências quanto no acompanhamento longitudinal.

Conclusão

Somente com a existência de equipamentos e fluxos adequados para atender as necessidades desta população será possível garantir a qualidade do atendimento. Por este motivo, a organização de estratégias de cuidado representa um dos grandes desafios aos gestores na busca de alternativas que atendam às demandas específicas dos idosos e de suas famílias. As experiências aqui relatadas mostram como é possível enfrentar estes desafios com os recursos disponíveis no SUS, de maneira inovadora e assertiva.

Resumo das Experiências de organização da atenção à saúde da pessoa idosa no SUS

Canoas 60+: De Volta pra Casa

O projeto Canoas 60+: De Volta para Casa surgiu a partir da necessidade de levar o projeto original, Programa Canoas 60+: mais saúde na terceira idade, a outro patamar. A ideia era que esse segundo programa fosse um

acompanhamento das pessoas idosas egressas de internação hospitalar. Os pacientes tiveram visita domiciliar da equipe após a alta hospitalar. Os objetivos era reduzir a mortalidade nos egressos, qualificar o atendimento após a alta hospitalar, realizar o seguimento do paciente e evitar reinternações e analisar os números de internações e altas, para entender os motivos e acompanhar os desfechos. As pessoas idosas foram identificadas pelo serviço social dos hospitais, que também foi responsável por avaliar a prioridade da visita domiciliar para cada um deles. Mais de 270 pessoas idosas foram atendidas com a iniciativa e, como resultado, foi possível observar melhora na qualidade de atendimento e uma redução nas internações recorrentes. A rede de assistência ao idoso (UBS, CRI, UPA e hospitais) foi articulada e conectada, com melhor comunicação de todos os serviços envolvidos.

Esfera: Municipal

Município: Canoas, RS

Instituição Responsável: Secretaria da Saúde

Coordenação da experiência: Sirlei Rejane Fraga da Silveira

E-mail da coordenação: saudedoidoso.canoas@gmail.com

Telefone institucional: (51) 3425-7672

Parceiros: Hospital HPSC e Hospital Nossa Senhora das Graças

Ano de participação: 2018

Monitoramento Epidemiológico da situação de saúde dos idosos residentes em ILPI

O funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) é regulamentado pela ANVISA através da RDC 283/2005 que define critérios mínimos para o funcionamento e avaliação, bem como mecanismos de monitoramento das ILPI. O município de Vitória possui oito ILPI, sendo duas filantrópicas e seis privadas. Ainda que tenham esse caráter, todas estas instituições estão sob responsabilidade sanitária da Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima de onde estão localizadas. Pensando nas melhores formas de se cuidar dessa população idosa que é frágil e demanda atenção prioritária, o município de Vitória considerou que era importante fazer um monitoramento epidemiológico da situação de saúde

dos moradores do ILPI. Porém, observou-se no estudo que as UBS não tinham ciência da sua responsabilidade sanitária sobre essa população, não tinham os instrumentos de monitoramento e ainda tinham incapacidade de criar fluxos entre ILPI, UBS e Vigilância Epidemiológica. Dessa forma, identificou-se a necessidade de institucionalizar no município o monitoramento epidemiológico da situação de saúde dessa parcela da população, a fim de que as pessoas idosas residentes nos ILPI não ficassem desamparadas. Os dois grandes objetivos eram conseguir implantar o monitoramento epidemiológico em 100% das ILPI e institucionalizar os fluxos e atribuições em 100% das UBS, fazendo com que elas entendam e reconheçam suas responsabilidades no monitoramento da situação sanitária das ILPI. Depois de uma estruturação de como funcionaria e estabelecimento desta parceria, o monitoramento começou a ser implantado. Foram realizadas catorze reuniões para implantação do monitoramento em sete das ILPI e mais sete reuniões para devolutiva das ILPI e adequações necessárias no processo de trabalho quando necessário. O monitoramento acompanhou casos de saúde importantes, como surtos de diarreia, tentativas de suicídio e quedas, subsidiando os planos de ação necessários para tratar as situações e traçar melhores estratégias para evitar tais situações no futuro.

Esfera: Municipal

Município: Vitória, ES

Instituição Responsável: Secretaria Municipal De Saúde - SEMUS

Coordenação da experiência: Adjane Da Silva Vasconcelos

E-mail da coordenação: ve.dant@correio1.vitoria.es.gov.br

Telefone institucional: (27) 3132-9079

Ano de participação: 2018

Oficina sobre as ferramentas para construção da Linha de cuidado de atenção à pessoa idosa no Estado do Maranhão

O aumento da expectativa de vida populacional faz com que sejam necessárias novas formas de cuidado para que as pessoas idosas tenham qualidade de vida. Para que isso seja possível, é necessário que haja acesso

básico aos serviços de atenção, de acordo com suas necessidades e peculiaridades. Cabe aos gestores de saúde fazer o melhor atendimento possível aos pacientes que são pessoas idosas no Sistema Único de Saúde – SUS. De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, a atenção integral e integrada deverá ser estruturada em uma Linha de Cuidado, a fim de superar a fragmentação, reduzir a distância entre os diversos pontos de atenção e garantir a integralidade das ações, com fluxo rápido e oportuno em todos os níveis da atenção à saúde. Sendo assim, os objetivos do projeto eram baseados em disseminar o conceito da linha de cuidado, melhorando sua implementação. Para isso, os municípios precisavam identificar as estruturas existentes de atenção à pessoa idosa nos seus municípios, além de levantar as ações que já realizavam, a fim de garantir as melhores práticas de forma uniformizada. Para que toda essa estratégia fosse bem desenhada, seria necessário receber retorno do diagnóstico da situação por pelo menos 80% dos municípios selecionados para participar. Foram mais de seis mil pessoas idosas envolvidas no projeto, afetados de forma direta positivamente pela organização. Como resultado, é possível dizer que houve uma disseminação do conceito da Linha de cuidado. As práticas dos municípios foram levantadas e os processos mapeados, possibilitando um olhar crítico de intercessões, sobreposições e a necessidade de reengenharias internas, que possibilitem articulações de cooperação e continuidade de atenção.

Esfera: Estadual

Município: São Luiz, MA

Instituição Responsável: Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão

Coordenação da experiência: SES Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão

E-mail da coordenação: dastises@gmail.com

Telefone institucional: (98) 3194-6248

Parceiros: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão e Programa de Ação Integrada para o aposentado do Estado do Maranhão - PAI SEGEP

Ano de participação: 2018

Centro de Saúde do Idoso (CSI) de Cachoeirinha/RS

Diante do elevado número de idosos que procuram atendimento no município de Cachoeirinha/RS e no intuito de ampliar o atendimento ambulatorial individual em geriatria e propor novas práticas de cuidado, foi inaugurado em junho de 2017 o Centro de Saúde do Idoso (CSI), que oferece serviço especializado para a população de 60 anos ou mais. O Centro recebe tanto pessoas idosas saudáveis, quanto em situação de vulnerabilidade, que chegam por indicação do município ou por livre vontade. O atendimento pode ser realizado no próprio centro ou em domicílio, dependendo da vulnerabilidade da pessoa idosa. O atendimento é realizado por uma equipe multiprofissional, que está sempre sendo capacitada para aperfeiçoar o o cuidado ofertado aos pacientes. O Centro de Saúde do Idoso foi criado com o intuito de melhorar as condições de saúde das pessoas idosas, aumentar o acesso ao atendimento e prevenir agravos de saúde que são comuns na população idosa. Da mesma forma, também era importante oferecer atendimento integral às pessoas idosas e ampliar a adesão a tratamentos pelas pessoas idosas. Desde a inauguração do Centro até o momento que esse projeto foi premiado, foram atendidos 780 pacientes na faixa etária almejada. O número de pacientes em tratamento cresceu 10%, a equipe de profissionais aumentou em 90% e houve maior adesão aos tratamentos recomendados, além de melhora no agendamento de consulta.

Esfera: Municipal

Município: Cachoeirinha, RS

Instituição Responsável: Secretaria Municipal De Saúde

Coordenação da experiência: Caciana Pavi

E-mail da coordenação: cacianapavi@yahoo.com.br

Telefone institucional: (051) 3469.2582

Ano de participação: 2017

Cuidando de Idosos Frágeis: Uma experiência fortalecida pelo cuidado em rede

O modelo de referenciamento de pacientes para o Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso - CREASI levou ao aumento excessivo do número de pacientes matriculados na Unidade. Tal situação culminou com uma dificuldade de manter a capacidade funcional como orientadora do cuidado, comprometendo a atenção que sempre foi dada. Com essa nova situação, foi necessário repensar a organização e os processos de trabalho. Tomou-se como base o modelo de atenção e cuidado voltado para a funcionalidade, buscando a melhoria da atenção que sempre foi importante para o CREASI. O eixo norteador das ações do projeto é a funcionalidade, que é feita através da articulação de planos de cuidados desenvolvidos em conjunto com a atenção primária e também, otimizando os fluxos de atendimento. Para matrícula no CREASI, a pessoa idosa precisa ser encaminhada pela atenção primária. Em dois anos de experiência (de 2015 a 2017), mais de 3200 pessoas idosas já haviam participado do CREASI. Como resultado, foi observada uma melhor articulação do cuidado na atenção básica, com um melhor acompanhamento da trajetória do paciente na unidade de saúde e a diminuição do tempo para marcações de consultas.

Esfera: Estadual

Município: Salvador, BA

Instituição Responsável: Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso – CREASI

Coordenação da experiência: Mônica Hupsel Frank

E-mail da coordenação: creasi.situacao@saude.ba.gov.br

Telefone institucional: (071) 32705750 / 5707

Ano de participação: 2017

Enfermaria de Cuidados Paliativos Geriátricos do Hospital de Apoio de Brasília

A Organização Mundial de Saúde aponta que a prática de cuidados paliativos pode melhorar a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias, através de prevenção e o alívio do sofrimento. Considerando a dificuldade em enfrentar algumas doenças que geram perdas na qualidade de vida, é necessária uma combinação de intervenções terapêuticas que controlam sintomas e aliviam o sofrimento. A incorporação de cuidados paliativos pode trazer maior conforto, melhorar a qualidade de vida e recuperar a dignidade do paciente. Por isso, foi inaugurada uma unidade de internação hospitalar com 10 leitos dedicados a Cuidados Paliativos Geriátricos buscando apoiar os idosos internados e seus familiares. O foco do projeto foi em pessoas idosas com o diagnóstico prévio de síndrome demencial, na fase grave. Muitos dos pacientes também tinham comorbidades. Em paralelo ao controle dos sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais dos idosos internados, a unidade também busca apoiar os familiares quanto às doenças e as perdas, acompanhando o período de luto. A cada paciente aceito, os profissionais discutem entre eles e com a família do paciente quais medidas menos invasivas são ideais para o caso. Desde a inauguração até o momento que o projeto foi premiado, mais de 100 pacientes participaram da experiência. Foi observada melhora na qualidade de vida do paciente com demência e aumento da dignidade no momento da morte. Também foi prestada assistência às famílias buscando trazer mais conforto ao lidar com o cuidado do paciente e com o luto.

Esfera: Estadual

Município: Brasília, DF

Instituição Responsável: Hospital de Apoio de Brasília/Secretária de Saúde - SES/DF

Coordenação da experiência: Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital de Apoio

E-mail da coordenação: ucp.hab@gmail.com

Telefone institucional: (061) 3344-3032

Parceiros: Coordenação de Geriatria da SES/DF

Ano de participação: 2017

Organização da Atenção à Saúde das Pessoas Idosas Institucionalizadas

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) são capazes de preservar a dignidade da pessoa idosa, desde que observem os cumprimentos das normas sanitárias, de segurança e de qualidade nos serviços prestados. Infelizmente, esse não é o cenário que se encontra em muitas das ILPI. Tendo em vista este cenário, a Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza fez um acordo com o Ministério Público Estadual, no qual cada ILPI ficaria vinculada a uma Unidade de Atenção Primária à Saúde – UAPS. A estratégia tem o objetivo de suprir as necessidades de assistência de atenção primária à saúde e prevê visitas regulares da equipe de saúde, a fim de realizar exames, fazer a imunização e ministrar medicamentos. O projeto, para ser bem-sucedido, teria quatro fases. Na primeira, seriam identificadas as ILPI de Fortaleza. Na segunda, mapeariam o perfil da população Idosa das ILPI. Na terceira, vinculariam cada ILPI à uma UAPS. Por fim, na última fase, o objetivo é promover a assistência à saúde necessária para as pessoas idosas institucionalizadas. Como resultado, foi possível identificar 90% das ILPI de Fortaleza, sejam elas públicas, filantrópicas ou privadas. As pessoas idosas residentes nessas ILPI foram mapeadas e começaram a ser tratadas e assistidas pelas equipes das UAPS. Esse mapeamento foi fundamental para que se tivesse maior conhecimento do perfil dos idosos residentes em ILPI, a fim de fornecer um atendimento personalizado e humanizado.

Esfera: Municipal

Município: Fortaleza, CE

Instituição Responsável: Secretaria Municipal de Saúde

Coordenação da experiência: Coordenação de Saúde da Pessoa idosa de Fortaleza

E-mail da coordenação: saudedoidosofortaleza@gmail.com

Telefone institucional: 85 3452-6973

Parceiros: Ministério Público Estadual

Ano de participação: 2017

Um olhar integral aos idosos: caminhos trilhados pela Saúde Bucal de Apiacá/ES

A experiência “Um olhar integral aos idosos: caminhos trilhados pela Saúde Bucal de Apiacá/ES” foi desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde de Apiacá/ES e teve como objetivo levar serviços públicos de saúde, em especial cuidados relativos à saúde bucal, à população idosa que possui algum tipo de limitação na locomoção. Tal projeto visava garantir os direitos sociais constitucionais, garantindo os cuidados básicos de saúde à uma população marginalizada e impossibilitada de acessar os serviços públicos de saúde na região. No mais, o projeto tem o objetivo de acompanhar, educar, prevenir e tratar este público alvo, cuidando não só das doenças já existentes, mas fazendo campanhas educativas sobre os hábitos de higiene bucal. Na primeira visita, a equipe realiza uma capacitação da pessoa idosa, seus familiares e cuidadores, sobre alimentação saudável e higiene bucal. Posteriormente, também é realizado um exame clínico para averiguação da condição bucal do idoso e para detecção precoce de câncer bucal. Ainda que o foco seja na saúde bucal, o profissional dentista que trabalha no projeto, também serve como veículo para difusão de outras informações, como higiene corporal, prevenção de quedas, campanhas de vacinação e uso correto da medicação. A experiência fortaleceu a vigilância em saúde a este público alvo, visto que as visitas promoveram uma maior visão da realidade da pessoa idosa do município. Pelo menos uma visita foi feita a cada pessoa idosa mapeada como impossibilitada de acessar espontaneamente os serviços públicos de saúde. Realizou-se a distribuição de escovas dentais e materiais educativos sobre a saúde bucal. Os tratamentos necessários foram feitos em ambiente domiciliar, assim como os exames de detecção de câncer de boca.

Esfera: Municipal

Município: Apiacá, ES

Instituição Responsável: Secretaria Municipal de Saúde

Coordenação da experiência: Diogo de Souza Vargas

E-mail da coordenação: saudeapiaca@yahoo.com.br

Telefone institucional: (28) 99976-9161

Ano de participação: 2017

Caracterização do perfil sociodemográfico e de saúde dos idosos atendidos pelo NASF e ações desenvolvidas para atendê-los na atenção básica.

A equipe multidisciplinar do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁴ em Ipatinga observou um grande fluxo de encaminhamento de idosos e sentiu a necessidade de conhecê-los melhor para poder oferecer um serviço mais eficiente. É fato que nos últimos anos houve um aumento ainda maior da demanda pelos serviços de atenção à saúde da pessoa idosa, tendo em vista a inversão da pirâmide demográfica brasileira e o aumento da expectativa de vida. Sendo assim, o projeto teve como objetivo entender melhor o perfil dos usuários com idade maior ou igual a sessenta anos, que são atendidos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) nas duas unidades de saúde no município de Ipatinga. Com esse mapeamento, desejava-se conhecer as principais patologias, bem como verificar a autopercepção sobre o que é saúde. Durante o processo de mapeamento, foi verificado que o mesmo usuário recebia atenção de diversos profissionais do NASF, mas de forma pouco integrada. Esse levantamento possibilitou que o atendimento fosse mais integrado e eficiente, com base no que foi verificado. Após um maior conhecimento das pessoas idosas atendidas pela equipe NASF, as atividades oferecidas foram remodeladas e passaram a ser interligadas. O tempo de espera pelos serviços diminuiu e a satisfação dos usuários aumentou. O projeto ajudou a fortalecer a abordagem multidisciplinar, o que melhorou os processos de trabalho, tendo em vista que as abordagens foram mais eficientes. Assim, quando uma pessoa idosa é encaminhada a um dos profissionais com uma queixa principal, ele é avaliado e direcionado para várias outras atividades terapêuticas: avaliação nutricional, orientações posturais, grupos operativos específicos de atividade física e cognitiva. Desta forma, o projeto foi capaz de oferecer um serviço mais ágil, mais completo, com eficiência e maior adesão por parte dos usuários.

4 Em 2017 a portaria 2.436 mudou o nome do programa para NASF-AB (Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica). Ver mais em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> . Acesso em: 09 de maio de 2020.

Esfera: Municipal

Município: Ipatinga, MG

Instituição Responsável: Prefeitura Municipal de Ipatinga

Coordenação da experiência: Nubia Alves Reis – Nutricionista; Lívia Guimarães Morato – Fisioterapeuta; Gracia Maria Cabral Martins da Costa - Educadora Física

E-mail da coordenação: m125540@ipatinga.mg.gov.br

Telefone institucional: (31) 3829 8011

Parceiros: Equipe Saúde da Família da Unidade

Ano de participação: 2016

Hospital Amigo do Idoso

A complexidade do atendimento às pessoas idosas fez com que fosse considerado necessário implantar um projeto multidisciplinar, que objetiva estimular uma cultura de atendimento ao paciente nessa faixa etária. O objetivo é melhorar a assistência prestada às pessoas idosas, reduzindo seu tempo de permanência na unidade hospitalar. Após ter colocado a experiência em prática, a equipe percebeu que a experiência é muito mais complexa do que era esperado, demandando diversas reuniões e treinamentos. Após três meses, implementou-se a nova cultura de atendimento diferenciado a pessoa idosa, que beneficiou todos os pacientes, não só os dessa faixa etária. Primeiramente, foi criado um fluxo de atendimento à pessoa idosa, com mais informações sobre como proceder a cada caso de internação. Foi feita toda uma modificação no espaço físico do centro de atendimento, a fim de fazer o ambiente ser mais apto para o melhor atendimento possível à pessoa idosa. O resultado de maior impacto foi a redução no tempo de permanência da pessoa idosa internada. Observou-se também um aumento no número de pacientes que saem do leito para o banho, que fazem atividades na área externa e um aumento do número de pacientes iniciando alimentação via oral, dentre outros. (notou-se mudanças na realização de atividades da vida diária)

Esfera: Estadual

Município: Araruama, RJ

Instituição Responsável: Instituto Sócrates Guanaes

Coordenação da experiência: Astor Bruno de Mello

E-mail da coordenação: astor.mello.herc@isgsaude.org

Telefone institucional: (22) 2665-7520

Parceiros: SES/RJ

Ano de participação: 2016

Implantando Redes de Atenção à Saúde do Idoso na fronteira entre Brasil e Uruguai

Santa'ana do Livramento é um município localizado na fronteira entre o Rio Grande do Sul e o Uruguai. O projeto tinha intenção de melhorar a qualidade do cuidado em saúde ofertado pela Atenção Básica no município e estabelecer um serviço especializado de referência para o atendimento das pessoas idosas, em paralelo a atenção primária, para que isto seja possível, foram definidas diversas frentes de atuação. Foi instituída a avaliação de funcionalidade global, a classificação de fragilidade e organizado o cuidado domiciliar. Foram criadas oficinas e orientações permanentes para prevenção de quedas e instituída o serviço de referência para atenção às demências. No mais, também foi definido o que seria um serviço de referência para os idosos frágeis e vulneráveis, além de proporcionar um atendimento multiprofissional vinculado ao atendimento em geriatria clínica. Os custos para colocar o projeto em funcionamento foram financiados pelo Estado e o Município, sem que implicassem em gastos adicionais ou necessitassem aumento do teto. A qualidade dos atendimentos em saúde ofertados para a população de idosos da cidade melhorou muito, tornando a atenção primária mais resolutiva e permitindo a redução do encaminhamento de pessoas idosas a diversas especialidades médicas desnecessariamente.

Esfera: Municipal

Município: Santa'ana do Livramento, RS

Instituição Responsável: Coordenação Municipal de Saúde do Idoso

Coordenação da experiência: Coordenação Municipal de Saúde do Idoso

E-mail da coordenação: elainelucass@hotmail.com

Telefone institucional: (55) 9602-6917

Parceiros: Coordenação Estadual de Saúde do Idoso

Ano de participação: 2016

Serviço Especializado de Geriatria e Gerontologia vinculado à Atenção Primária à Saúde

Apesar do município de São José dos Pinhais ter mais de 25 mil pessoas com idade superior a 60 anos, até o início do projeto, não havia uma referência para a especialidade de geriatria dentro do próprio município e nem mesmo um convênio com qualquer município vizinho para onde fossem direcionados os pacientes. As pessoas idosas eram referenciadas para diferentes especialidades, conforme necessidades pontuais, sem lhe ser proporcionada uma atenção integral e contínua. A criação do Serviço de Geriatria e Gerontologia teve como objetivo realizar os atendimentos na especialidade no próprio município, tanto por consultas ambulatoriais, quanto domiciliares. Os profissionais da atenção primária foram capacitados para prestar um atendimento mais especializado e para que fossem capazes de manter a agenda da especialidade com a quantidade mínima de retornos, para que pudessem ser atendidos mais pacientes. O público-alvo no atendimento são idosos estratificados como frágeis ou idosos em risco de fragilização ou robustos, desde que apresentem critérios clínicos que justifiquem a necessidade (como, por exemplo, imobilidade, incontinência urinária ou fecal, instabilidade postural e quedas frequentes, incapacidade cognitiva, idosos com história de internações frequentes, idosos dependentes nas atividades básicas de vida diária, insuficiência familiar). Apesar de um corpo médico pequeno, vinculado especificamente a um médico e uma enfermeira, funcionários da prefeitura do município, o projeto foi imensamente bem-sucedido. Com apenas três meses de funcionamento, foi possível quantificar um aumento de 176% de encaminhamentos da primeira para segunda metade do período de funcionamento do serviço. Houve também uma melhora na qualidade dos encaminhamentos realizados pelos profissionais de saúde, criando um atendimento mais eficiente e responsável.

Esfera: Municipal

Município: São José Dos Pinhais, PR

Instituição Responsável: Secretaria Municipal De São José Dos Pinhais

Coordenação da experiência: Serviço de Geriatria e Gerontologia de São José dos Pinhais

E-mail da coordenação: marcia.seima@sjp.pr.gov.br

Telefone institucional: (041) 33831148

Ano de participação: 2016

Boletim Informativo de Saúde da Pessoa Idosa

No âmbito do Estado de Goiás, nas Conferências de Saúde e diversos eventos realizados, os profissionais de saúde e sociedade civil pontuaram a importância do aprimoramento da comunicação e informação entre os órgãos estaduais, municipais, instituições, Ongs e outras entidades. Da mesma forma, a discussão é presente em todas as conferências nacionais sobre o tema. Assim, este Projeto tem como objetivo estabelecer uma política de comunicação nos diferentes níveis do sistema de saúde com o uso criativo e inovador do Boletim Informativo, proporcionando um canal permanente e contínuo entre todos os órgãos importantes e envolvidos. Da mesma forma, também visava-se dar visibilidade para ações desenvolvidas em prol da saúde da pessoa idosa, com foco na troca de experiências. Além disso, também objetivou-se publicar questões relevantes sobre a Saúde da Pessoa Idosa, como dados epidemiológicos com o propósito divulgar e fornecer orientação técnica contínua para melhores políticas públicas e atendimentos de saúde. Articular a integração do sistema de saúde com as instituições a fim de gerar um fluxo de conhecimentos para humanização dos serviços e melhora da situação de saúde da população da região. Após a implementação do Boletim Informativo no Estado, foi possível perceber uma maior interação da equipe da subcoordenação com os profissionais das seções regionais e municipais. O conhecimento referente à saúde da pessoa idosa e das ações realizadas foi compartilhado, gerando uma melhor compreensão do trabalho e um compartilhamento de boas práticas. Tal situação empoderou as ações no âmbito da Atenção Primária, realizando mudanças inovadoras na atuação do cuidado com a pessoa idosa.

Esfera: Estadual

Município: Goiânia, GO

Instituição Responsável: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás

Coordenação da experiência: Marilene Gonçalves Silveira

E-mail da coordenação: cespi.gpe@gmail.com

Telefone institucional: (62) 3201-7535 / 3101-7534

Ano de participação: 2015

A experiência de construção do Relatório Situação do Cuidado a Saúde da Pessoa Idosa no Estado do Rio Grande do Sul

O projeto foi desenvolvido pela Coordenação Estadual de Saúde do Idoso, em parceria com as Coordenadorias Regionais de Saúde, com o objetivo de fazer um mapeamento da verdadeira situação do cuidado à saúde da pessoa idosa no Estado do Rio Grande do Sul. Todos os 497 municípios do Estado foram convidados a preencher o instrumento de monitoramento e 142 municípios de fato responderam. As informações fornecidas pelos municípios foram usadas para construir um relatório, que serve como base e referência para organização das ações estaduais em saúde do idoso. O objetivo desse levantamento é ampliar a garantia de atenção integral à saúde das pessoas idosas, promovendo a manutenção da capacidade funcional e da autonomia, a fim de proporcionar um envelhecimento ativo e saudável. Com base no levantamento, foram definidas três etapas principais. A primeira objetivava o fortalecimento da atenção primária à saúde, como forma de implementar estratégias de saúde específicas para a população idosa. A segunda tinha como intenção organizar a rede de atenção à saúde da pessoa idosa, garantindo que o acesso à saúde e o cuidado seja efetivo, e, especial para idosos frágeis e incapaz de visitar os serviços de saúde. Na terceira, apontou-se a necessidade de reconhecer a pessoa idosa como usuário “sócio-sanitário” do Sistema Único de Saúde, mostrando a importância de conectar essas políticas com outras políticas públicas do Sistema. No mais, também se verificou a importância da produção de modelos de atenção à saúde da pessoa idosa que invistam na implementação de ferramentas centradas no autocuidado e em planos integrados de cuidado. Em quinto lugar,

houve uma corresponsabilização no financiamento do cuidado a saúde da pessoa idosa e, por fim, definiu-se a necessidade da educação permanente aos profissionais de saúde para melhor compreensão do cuidado com a pessoa idosa. O instrumento de monitoramento foi adotado por aproximadamente 30% dos municípios gaúchos e as informações subsidiaram a construção do Relatório Preliminar.

Esfera: Estadual

Município: 142 Municípios do Estado do Rio Grande do Sul, RS

Instituição Responsável: Secretaria de Estado da Saúde

Coordenação da experiência: Coordenação Estadual de Saúde do Idoso

E-mail da coordenação: priscilla-lunardelli@saude.rs.gov.br

Telefone institucional: (51) 32885895

Parcerias: Coordenadorias Regionais de Saúde

Ano de participação: 2015

Construindo a rede de atenção e proteção ao idoso de São Mateus (SP)

Oficialmente, São Mateus é um bairro de São Paulo. Localizado na periferia da cidade, tem população e escala de município: 430 mil habitantes, entre eles 60 mil pessoas idosas. Quase 18 mil delas são atendidas por cerca de 40 serviços, que se desdobram para além da área da Saúde. Contudo, embora com vários serviços para a população idosa nas dimensões estadual e municipal, a verdadeira situação era que não havia articulação entre eles. A partir de 2008 começaram a ser feitas reuniões mensais que, desde então, debatem sobre metas de melhoria e unificação do sistema. Em primeiro lugar, houve uma caracterização do território e a identificação dos serviços que compõem a rede de atenção à pessoa idosa. Posteriormente, foram traçadas estratégias para formação da rede de atenção e proteção ao idoso. Com base nessas etapas, foram estabelecidas três estruturas de apoio: o Comitê de Longevidade e Vida Saudável, o Fórum do Cidadão Idoso e o Colegiado do Idoso, cada qual com sua responsabilidade (sendo elas: elaborar as atividades com a população idosa e identificar riscos; controlar as instâncias públicas locais e dar o suporte técnico a tomada de decisão dos

três grupos, respectivamente). Entre as estratégias para a formação de Rede de Cuidados da Pessoa Idosa com ênfase no planejamento de ações inter-setoriais, destacam-se: capacitação da Equipe de Saúde da Família - eSF nas temáticas medicamentos e quedas; formação de colegiado com profissionais de referência; Semana de Prevenção de Violência e Quedas; participação dos idosos em todo o processo, como em “Encontros mensais do Fórum do Cidadão Idoso”; e ações intersetoriais no território. O objetivo atual dessa rede é atender a pessoa idosa que é autônoma e independente, mas a meta é ampliar o número e a qualidade dos serviços também àqueles com capacidade funcional comprometida e implantar mais Programas de Assistência ao Idoso (que já existem em outras regiões da cidade), e Unidades de Referência para os que têm algum tipo de comprometimento.

Município: São Paulo, SP

Instituição Responsável: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Coordenação da experiência: Vera Lúcia Mariano da Silva

E-mail da coordenação: v.marianoprefeitura@gmail.com

Telefone institucional: (11) 9413-49374

Parcerias: Hospital Estadual São Mateus

Ano de participação: 2014

Tecendo redes de cuidados em saúde do idoso: exercitando as diretrizes estaduais de saúde do idoso no município de Canoas (RS)

Canoas foi o município escolhido pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) do Rio Grande do Sul para iniciar a implantação das diretrizes de saúde da pessoa idosa. Foram, então, desenvolvidas ações articuladas para melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa, como foco na funcionalidade e utilizando o protocolo de identificação do idoso vulnerável (VES-13) para identificar quem são esses idosos que apresentam maior grau de vulnerabilidade e o fluxo que a pessoa idosa deve percorrer na rede de saúde.

Para sensibilizar os profissionais da rede para as questões do envelhecimento, foram utilizados materiais informativos cedidos pela Prefeitura de Canoas e técnicas lúdicas, como o teatro. Todos os funcionários partici-

param desse processo de sensibilização, mesmo aqueles que não trabalham diretamente com as pessoas idosas, como os seguranças. O projeto já nasceu com intenções de crescimento para outros municípios gaúchos e com metas de envolver outras áreas, como a Assistência Social e os órgãos de fiscalização, como o Ministério Público e o Conselho do Idoso. Mais de 370 profissionais foram capacitados no projeto até o momento que o projeto foi premiado, mas os objetivos eram estender as atividades a outras unidades de saúde em Canoas e, depois, crescer para fora do município.

Município: Canoas, RS

Instituição Responsável: Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (Programa de Saúde da Pessoa do Idoso)

Coordenação da experiência: Maria Cristina Berleze, Priscilla Lunardelli, Rejane Silveira, Fernanda Stassen von Heimburg, Mirna Pedroso e Christiane Nunes de Freitas

E-mail da coordenação: saudedoidoso@saude.rs.gov.br

Telefone institucional: (51) 3288-5895

Parcerias: Secretaria Municipal de Saúde de Canoas

Ano de participação: 2014

Construção da Rede de Atenção à Saúde do Idoso na Regional de Saúde do Paranoá – DF

A iniciativa teve como objetivo a constituição de um Grupo de Trabalho (GT) composto por representantes da Atenção Básica, Atenção Hospitalar e de outros setores, para identificar as características da Rede de Atenção à Saúde do Idoso. Além disso, o Grupo também tinha o objetivo de identificar os diversos pontos de atenção e avaliar instrumentos de gestão, como a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, a ficha de cadastro dos idosos SES/DF e o questionário de avaliação. O projeto teve início com a investigação da causa do grande número de quedas na população idosa. Logo depois veio a criação da “Sala de Acolhimento”, exclusiva para o atendimento ao idoso; a confecção das “caixas personalizadas”, para melhorar a adesão às prescrições de medicamentos e formação de grupos para encontros com as áreas de psicologia e nutrição. Em paralelo, é desenvolvido o projeto

GERANEURO, parceria entre o Governo do Distrito Federal (GDF) e a Universidade de Brasília (UnB), que desenvolve oficinas com foco em estimulação cognitiva e memória, bem como capacitação de cuidadores. Além dessas frentes, também foram criadas mais atividades de socialização. Outras ações desenvolvidas foram a investigação de prevalência de patologias e a análise dos fatores de risco na população, além da capacitação dos profissionais envolvidos no processo.

Município: Paranoá, DF

Instituição Responsável: Secretaria de Saúde do Distrito Federal (Programa de Atenção à Saúde do Idoso)

Coordenação da experiência: Viviane Cristina Peterle

E-mail da coordenação: vivianepeterle@hotmail.com

Telefone institucional: (61) 8116-6884

Parcerias: Governo do Distrito Federal e Universidade de Brasília (UnB)

Ano de participação: 2013

Fator Idoso - Política Estadual de Incentivo à Qualificação da Atenção Básica

Para fortalecer a Atenção Básica e contribuir com o envelhecimento ativo através da melhora da qualidade de vida a Secretaria Estadual de Saúde propôs construir e organizar as Redes de Atenção em Saúde (RAS) no SUS. Além disso, os objetivos também eram aumentar a capacidade funcional e a autonomia das pessoas idosas na realização de suas atividades. Tudo isso foi possível devido a política de incentivo à qualificação da atenção básica, que contou com um repasse fundo a fundo do Estado do Rio Grande do Sul para todos os seus municípios, destinando 15% do seu valor total para ações exclusivamente da área de atenção à saúde da pessoa idosa. Foi feito um esforço de integração das instituições nacionais, estaduais e municipais. O resultado do projeto foi a redução da taxa de internações por fratura de fêmur, aumento da expectativa de vida, maior controle de diabetes e outras doenças crônicas, refletindo na melhoria da qualidade de vida da população idosa.

Município: Porto Alegre, RS

Instituição Responsável: Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

Coordenação da experiência: Priscila Farfan Barroso

E-mail da coordenação: prifarfan@yahoo.com.br

Telefone institucional: (51) 8475-6672

Parcerias: Secretaria do Trabalho e do Desenvolvimento Social

Ano de participação: 2013

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa:** no Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 95p, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS:** proposta de modelo de atenção integral. Brasília; Ministério da Saúde; maio. 41 p. Folhetoilus, 2014.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. **Integralidade na assistência à saúde:** a organização das linhas do cuidado. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, p. 125-34, 2003.

JESUS, Washington Luiz Abreu de; ASSIS, Marluce Maria Araújo. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 161-170, 2010.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS. **Boletim do Instituto de Saúde** (Impresso), v. 12, n. 2, p. 109-114, 2010.

SANTOS, Adriano Maia dos; GIOVANELLA, Ligia. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 48-63, 2016.

Matriciamento da Atenção à Pessoa Idosa

*Cristiana Ceotto Deslandes; Mariane Coimbra Da Silva;
Karla Cristina Giacomini*

Introdução

O contexto brasileiro é caracterizado pelo envelhecimento populacional e aumento das doenças crônicas, além das doenças infecciosas e parasitárias, e nesse cenário os desafios para as demandas de Atenção à Saúde tornam-se ainda mais complexos (LIMA-COSTA *et al.*, 2017).

O crescente processo de envelhecimento da população brasileira e as consequentes mudanças no perfil demográfico e epidemiológico produzem demandas que requerem respostas das políticas sociais envolvendo o Estado e a Sociedade, implicando em novas formas de cuidado sistematizado, contínuo e articulado em rede. Esse modelo considera a atenção básica como ordenadora do cuidado, garantindo os princípios de longitudinalidade e integralidade, além de fortalecer a articulação entre os diferentes pontos de atenção, o vínculo entre as pessoas idosas, os profissionais da atenção básica, os pontos de referência da rede como um todo e ainda deve incluir a família (BRASIL, 2018).

No Brasil, embora, constitucionalmente, Estado, sociedade e família dividam a responsabilidade pelo cuidado à pessoa idosa vulnerável, na prática, a família é quem comparece com seus recursos - ou a falta deles - para

cuidar e oferecer suporte social (ALCÂNTARA, CAMARANO, GIACOMIN, 2016). Entende-se por suporte social todas as ações de diversas naturezas (emocional, instrumental e informativa, cognitiva e material) realizadas por diferentes atores com o propósito fundamental de contribuir para o bem-estar do outro em uma situação cotidiana ou emergencial. Trata-se de relações interpessoais que implicam ajuda, afeto e afirmação da rede de suporte social (PELCASTRE-VILLAFUERTE *et al.*, 2011).

Usualmente, o cuidador familiar é parte de um sistema de suporte informal, o qual inclui familiares, amigos, vizinhos e membros da comunidade que o fazem sem qualquer remuneração, voluntariamente ou por imposição circunstancial (GIACOMIN *et al.*, 2005). Nas famílias, o cuidado a uma pessoa idosa com incapacidade, seja ela de ordem física, psíquica ou social, é primordialmente assumido pelo contingente feminino (DUARTE, BERZINS, GIACOMIN, 2016). Contudo, as famílias estão cada vez menores e a mulher tem assumido papéis sociais diferenciados, inclusive de provedor, o que dificulta ainda mais a provisão de cuidados no âmbito familiar e o fazem sem contar com orientação profissional. Cuidam de modo intuitivo e improvisado, especialmente em contextos marcados pela pobreza e desigualdades sociais (GIACOMIN *et al.*, 2005). Apesar disso, muitos cuidadores poderiam oferecer cuidados de qualidade, desde que recebessem apoio das equipes e orientação para o cuidado.

Nesse sentido, o apoio matricial também se apresenta como fundamental na estruturação do processo de trabalho das equipes e pode auxiliar no planejamento das visitas domiciliares. É especialmente indispensável sua articulação com os profissionais da atenção básica para a discussão dos casos, para o atendimento conjunto, e para discussões temáticas pontuais que podem acontecer tanto de forma presencial quanto à distância, lançando mão de diferentes instrumentais como, por exemplo, o TELESÁUDE Brasil Redes⁵, que favorece o acesso à atenção secundária.

O exercício do apoio matricial pressupõe a instalação de algum grau de cogestão e democracia institucional, pois trata-se de articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários. O termo apoio indica uma pressão de fora, implica trazer algo externo ao grupo: sustentar e, ao mesmo tempo, empurrar o outro (CAMPOS *et al.*, 2014).

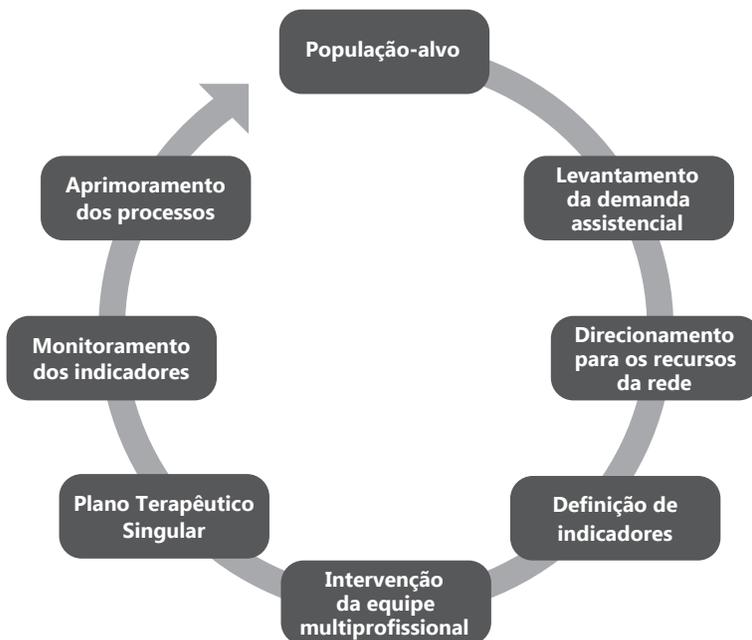
⁵ http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf

Essa ação tem reflexos para a gestão, para o cuidado e para a população propriamente dita.

O matriciamento para a gestão

O matriciamento possibilita potencializar os recursos da rede. A partir dele, é possível levantar os idosos da sua área de abrangência de acordo com os critérios do seu interesse, por exemplo, por condição funcional ou por doença de base. Isso favorece o planejamento e a organização das demandas do serviço.

Figura 1 - Ciclo do Matriciamento para a Gestão



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Cabe à gestão estabelecer os critérios que definirão qual será a sua população-alvo de matriciamento. Contudo, um dos grandes limitadores na

Atenção à Saúde da Pessoa Idosa é a falta de indicadores pelos quais a gestão é cobrada. Por isso, é muito importante defini-los, seja indicadores de processo – por exemplo, aqueles que medem o acesso a consultas na APS e na Atenção Secundária, exames e procedimentos, medicamentos, urgências, entre outros – ou de desfecho, como reabilitação, óbito, internações hospitalares.

Uma vez definidos os indicadores, o matriciamento direciona a intervenção nos diferentes níveis de atenção da rede e induz a construção da linha de cuidado específica ou a revisão de fluxos e protocolos para a população-alvo, por meio dos quais será possível aprimorar os processos de cuidado.

O matriciamento para o cuidado

Por meio do matriciamento, os profissionais são levados a refletir sobre o cuidado ofertado. As diferentes categorias profissionais são chamadas a opinar e a definir metas para o Plano Terapêutico Singular (PTS) (BRASIL, 2018). Tendo em vista a necessidade de otimizar os recursos da rede, essa oportunidade de troca de saberes e de experiências permite a definição das prioridades do caso e da equipe. Nesse sentido, matriciar torna-se uma ferramenta importante de educação permanente. A discussão de um caso serve como base para que diferentes profissionais identifiquem oportunidades de cuidado para si e para os outros.

Na elaboração do PTS também é possível identificar questões familiares de ordem social, cultural, econômica que revelam a necessidade da atuação intersetorial e do apelo a outras políticas ou organizações presentes no território.

O matriciamento para a população

O matriciamento representa uma oportunidade de tornar visível a população idosa e suas particularidades para a equipe. Dessa forma, a capacitação técnica promovida traz qualificação às ações assistenciais de promoção à saúde, prevenção de agravos e reabilitação, reduzindo o risco de fragilização consequente a: internações por causas preveníveis pela APS,

consultas a múltiplas especialidades médicas que podem favorecer mais iatrogenia, entre outros.

Por outro lado, como o matriciamento possibilita a programação das ações e reduz a demanda espontânea da população idosa, ele ainda serve como ordenador do processo de trabalho da APS (ESF e NASF-AB) para públicos de outras idades (BRASIL, 1997; 2009). O melhor cuidado à população idosa frágil alerta as equipes para a importância da promoção do envelhecimento saudável, fundamental, para o acompanhamento longitudinal do usuário em todos os ciclos da vida, e de modo especial da população idosa.

Além disso, essa metodologia auxilia a sistematizar a provisão de cuidados e o apoio ao cuidador familiar.

Panorama das políticas públicas

A acertada opção de modelo assistencial trazida pela Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 1997) favorece o acesso ao serviço de pessoas frágeis e ou restritas aos seus domicílios, propicia possibilidades de autocuidado e busca reduzir os riscos de adoecimento, agravos e incapacidades. Dentro do escopo de apoiar a ESF na rede de serviços e ampliar sua abrangência, resolutividade e a coordenação das ações da Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil, o Ministério da Saúde propõe uma Linha de Cuidados da Pessoa Idosa.

Nela, a realização da avaliação multidimensional na Atenção Básica tem um papel fundamental na ordenação do cuidado ofertado à saúde da pessoa idosa.

Essa avaliação pode ser realizada com o auxílio da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e de sua ficha espelho, ferramentas úteis que devem ser incorporadas aos processos de matriciamento. As pessoas idosas de um determinado território, assistidas por equipes de ESF, de Consultórios na Rua e NASFs-AB devem ser avaliadas e identificadas de acordo com sua condição funcional.

Independentemente do ponto da RAS acessado pela pessoa idosa, cabe à Atenção Básica o papel de disparador e coordenador do processo de cuidado integral.

O matriciamento possibilita a comunicação e a articulação entre os profissionais das equipes de referência, equipes de NASFs-AB, equipes de Consultório na Rua e outros profissionais que atuam em diferentes estratégias e programas desse nível de atenção. A estratégia de matriciamento deve apoiar as pessoas em tratamento contínuo de doenças, reabilitação, cuidados paliativos e de fim de vida.

Contudo, diferentemente de outras propostas de matriciamento existentes, como por exemplo, a da Saúde Mental - em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica - (CHIAVERINI, 2011), na atenção à Saúde da Pessoa Idosa, as equipes sofrem pela falta de interlocução e pela inexistência de instrumentos e recursos que favoreçam tal matriciamento. Além disso, as ações e situações do cuidado crônico no domicílio acontecem muitas vezes de maneira não sistematizada e o sistema de saúde é acionado apenas em situações de crise.

Somem-se a isso o não reconhecimento dos problemas de saúde das pessoas idosas em razão da falta de formação geriátrica e gerontológica dos profissionais das equipes de Atenção Primária em Saúde (APS) e o pré-conceito presente na cultura brasileira que reconhece a velhice como uma doença (MINAYO, 2011), o que limita o acesso da população idosa ao cuidado.

Compreende-se Cuidado como “uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (AYRES, 2011, p. 85). Ayres utiliza o termo em maiúsculo para diferenciar daquele cuidado “como substantivo comum, quando se trata de atividades e procedimentos no sentido comum” (AYRES, 2011, p.89), com significado diverso do que se propõe a discutir.

Dessa forma, também se assume o Cuidado como um fato político, uma categoria sociocultural cuja concretização se faz no cotidiano da vida das pessoas, nos diferentes espaços e contextos (PINHEIRO, 2011), onde deveria acontecer o encontro entre os sujeitos envolvidos. O acolhimento

(por meio da escuta qualificada do outro) e a humanização das práticas de saúde enfrentam o desafio de aproximar as tecno-ciências com os valores da felicidade humana. E, para tanto, reclamam a (re)significação não apenas da saúde, mas do projeto de vida do sujeito, do serviço, da práxis profissional, de modo a possibilitar um vínculo terapêutico efetivo.

Ainda que o ato de cuidar seja voluntário, complexo e permeado por sentimentos diversos e contraditórios (SILVEIRA, CALDAS, CARNEIRO, 2011), ele se reflete na relação entre o cuidador e quem recebe o cuidado. Dispensar cuidados a alguém que esteja dependente envolve esforço físico, psicológico e emocional, dentre outros. Além disso, pesquisas apontam o fato de alguns cuidadores serem também idosos, que vivenciam o próprio envelhecimento e correm o risco de adoecerem em um breve espaço de tempo, caso o suporte necessário não lhes seja provido (DUARTE, BERZINS, GIACOMIN, 2016). Afinal, o ato de cuidar implica em riscos, especialmente se realizado de forma inadequada, sem orientação e apoio, podendo onerar de diversas maneiras o próprio cuidador, a pessoa cuidada e sua família.

Nesse sentido, torna-se fundamental identificar no território as famílias que possuem pessoas idosas frágeis para atuar de modo diferenciado e favorecer o acesso a insumos e recursos dentro da rede, contribuindo para o aprimoramento do cuidado. Também são fundamentais: o reconhecimento do cuidador familiar como um parceiro da equipe de saúde e a sistematização do cuidado domiciliar e de sua relação com a rede de saúde pública, inclusive daqueles que não conseguem se ausentar do domicílio por não ter com quem deixar a pessoa de que cuidam.

Isso pressupõe o respeito às diretrizes relativas à APS, como a ação interdisciplinar e intersetorial; a educação permanente em saúde dos profissionais e da população; o desenvolvimento da noção de território; a integralidade, a participação social, a educação popular; a promoção da saúde e a humanização. Para maior efetividade de ambos os sistemas – familiar e de saúde –, é importante que o cuidado formal, fornecido pelo sistema de saúde vias Equipe de Saúde da Família (ESF), NASF-AB, Melhor em Casa, seja parceiro do cuidado informal, fornecido pelos familiares e pela comunidade; e vice-versa.

As experiências exitosas de Matriciamento

A existência de experiências exitosas de matriciamento é inspiradora para fomentar o uso dessa ferramenta. Algumas das experiências ganhadoras serão apresentadas a seguir.

No âmbito da Atenção Primária, a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (CE), por meio do Centro de Saúde da Família Francisco Domingos da Silva, em 2016, elaborou e implementou instrumentos de acompanhamento, monitoramento e avaliação de indicadores de saúde da pessoa idosa. O trabalho consistiu na implantação de assessorias técnicas da Saúde do Idoso nas seis Regionais de Saúde do município, abrangendo a totalidades das UBS. Essas reuniões sistemáticas possibilitaram a construção dos instrumentos, indicadores e mapas que auxiliam o desenvolvimento da política municipal de atenção à pessoa idosa. Destaca-se o uso do instrumento Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa, contido no Caderno de Atenção Básica nº 19 - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Todos os 13 domínios de investigação (nutrição, visão, audição, incontinência, atividade sexual, humor, cognição e memória, função dos membros superiores e inferiores, atividades diárias, domicílio, queda e suporte social) foram avaliados.

A análise dos indicadores permitiu diálogo com toda a rede de atenção sendo notada a subnotificação dos casos de violência contra idosos, os baixos índices de atenção à saúde bucal e a necessidade de referência para os casos de demências.

Essa experiência exitosa tem como vantagens: o matriciamento acontecer a partir da Atenção Primária e promover articulações intersetoriais com um maior envolvimento dos profissionais de saúde no processo. Por sua simplicidade é possível replicá-la em outros locais e favorecer a otimização do monitoramento, avaliação e planejamento das ações estratégicas na atenção básica voltadas para a pessoa idosa.

Em 2018, em São José dos Campos (SP), também se valendo dos recursos humanos disponíveis na rede municipal, a equipe local realizou diferentes atividades apoiadas pelo matriciamento, em duas etapas. Na primeira etapa foram organizadas ações estruturantes (Figura 2).

Figura 2 - Descrição das ações estruturantes do Processo de Matriciamento da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (Etapa 1).



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Na segunda etapa, o processo foi ampliado com a realização de visitas semestrais do Programa nas UBSs, para sensibilização das equipes sobre algumas problemáticas de maior relevância (ex: Uso Racional de Medicamentos, Avaliação multidimensional do idoso, identificação do processo de fragilidade no idoso através da aplicação da caderneta de Saúde da Pessoa

Idosa e os cuidados com as feridas). Esta metodologia de matriciamento contempla a capacitação de profissionais da atenção primária e secundária, de um modo bastante abrangente, desde o ACS, a equipe multi até o especialista, além de produzir material para divulgação para população idosa.

O cuidado a uma população específica, como é o caso da pessoa idosa oncológica assistida pela equipe Hospital de Câncer de Campo Grande-MS Alfredo Abrão, em parceria com o Serviço de Atenção Domiciliar/SAD (2017) também motivou uma ação matricial. Esta proposta de atendimento domiciliar visa reduzir a possibilidade de hospitalização do usuário idoso em estágio avançado da doença oncológica, diminuindo o risco de infecção e proporcionando ambiente adequado para o seu bem estar no conforto do seu lar e com os entes queridos. Dessa forma, promove a abordagem dos cuidados paliativos na terminalidade e possibilita que o paciente idoso seja visto e atendido como ser integral e com direitos, desejos e necessidades individuais, levando em consideração os significados que ele atribuiu à vida.

Uma Equipe Gerontológica Interprofissional que atua em São Paulo (SP), em uma unidade de atenção ambulatorial secundária - a URSI Geraldo de Paula Souza (2018), que atende a pessoas idosas frágeis e dependentes organizou mecanismos de referência e contrarreferência, de apoio matricial e da educação permanente em saúde. Esta proposta matricial oferece o gerenciamento do cuidado em saúde das pessoas idosas usuárias do serviço compartilhado com a Atenção Básica, por meio de protocolos pactuados e com acesso regulado, integrando-se aos demais serviços oferecidos por outros setores e secretarias.

Esse formato busca assegurar a integralidade do atendimento e superar a fragmentação das ações e a descontinuidade da atenção à saúde da pessoa idosa na sua área de abrangência. Chama a atenção o fato de o matriciamento ser divulgado em Fóruns de Saúde e Assistência social, incluindo Fóruns de Saúde Mental, Fórum de Reabilitação, Núcleo de Prevenção de Violência, e os Grandes Fóruns de Proteção à Pessoa Idosa.

Por sua vez, o Núcleo de Atenção Gerontológica (NAG) do CREASI de Salvador (BA) (2016) viabiliza um espaço coletivo de ações terapêuticas, com ampliação do escopo de atuação na atenção à pessoa idosa, trazendo a multidimensionalidade no contexto do matriciamento da atenção ambulatorial especializada em Geriatria e Gerontologia. O NAG oferece intervenções mais singularizadas e eficazes ao cuidado de demandas complexas envolvendo a pessoa idosa em situação de vulnerabilidade clínico-funcional e seus familiares. Observam-se ganhos terapêuticos e do discurso da

clientela assistida, com impacto positivo na qualidade de vida dos usuários. As atividades terapêuticas podem ser individuais ou em grupo, com olhar ampliado às questões do envelhecimento e dos riscos, mas com foco nas singularidades de cada caso.

Considerações finais

O matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que as equipes, em um processo dialógico, discutem alternativas de intervenção, com base nos recursos efetivamente disponíveis buscando otimizá-los (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009). No caso de idosos com limitação funcional, descritos no 2º e 3º perfis funcionais propostos na LCPI, o PTS poderá ser construído de forma compartilhada com a atenção especializada ou complementado por esta, quando necessário. Porém a atenção especializada somente deve ser acionada, após esgotados todos os recursos disponíveis na própria Atenção Básica, e deve haver o monitoramento da realização da consulta especializada pretendida e da contrarreferência.

O matriciamento configura-se, portanto, em uma alternativa possível de otimização de recursos e de educação permanente. Contudo, ele não faz mágica. Ele é absolutamente dependente do envolvimento e do apoio da gestão à educação continuada das equipes, da garantia de visibilidade e de acesso ao cuidado da população idosa assistida, bem como do envolvimento ético e técnico dos profissionais.

Resumo das Experiências de Matriciamento da atenção à saúde da pessoa idosa no SUS

O Matriciamento da Rede de Atenção à Pessoa Idosa: Território e Cuidado Integral

O processo de atenção a pessoa idosa começa no trabalho da rede básica de saúde, mas não termina nela. As ações da rede inicial se somam com

ações em outros níveis e instituições, de acordo com as demandas e necessidades individuais. Para que esse cuidado seja alcançado da forma desejada, é necessário haver uma integração e sistemas de produção do cuidado. A URSI Geraldo de Paula Souza, onde se realizou o projeto, é uma unidade de atenção ambulatorial secundária, que visa atender as pessoas idosas frágeis e dependentes, através de Equipe Gerontológica Interprofissional. Um dos sistemas utilizados para esse trabalho é o sistema de apoio matricial, que foi o que deu norte para o projeto premiado. O objetivo do URSI é buscar a integralidade do atendimento e compartilhar as informações, integrando todos os serviços e possibilitando um atendimento completo. Com isso em mente, o projeto contou com mapeamento da rede e fortalecimento dos serviços e profissionais da rede da região. Além disso, houve um matriciamento em Fóruns Técnicos de Atenção à Pessoa Idosa, onde se discutiu casos complexos, se apontaram dados de política pública e articulou-se as redes de contato. Também houve um matriciamento do Plano Terapêutico Singular da pessoa idosa, visando entender a integralidade do cuidado, contando com território, família e comunidade. As atividades foram sempre agendadas com antecedência e mantendo uma regularidade, para que todos os participantes pudessem se organizar e não perder nenhuma informação. Compartilhando sempre comentários sobre o que funcionou e não funcionou, as reuniões serviam para traçar novas estratégias e consolidar aquilo que foi feito e deu certo. Como resultado, percebeu-se que houve uma melhor articulação entre as organizações envolvidas, bem como um conhecimento mais amplo da região e das pessoas idosas atendidas.

Esfera: Municipal

Município: São Paulo, SP

Instituição Responsável: URSI Geraldo de Paula Souza

Coordenador da experiência: Érica Pereira Bueno - Assistente social;
Márcia Maria Porto Rosseto Mazza - Coordenadora do serviço.

E-mail da coordenação: ursicsegps@gmail.com

Telefone institucional: (11) 3061-7982

Parceiros: Supervisão de Saúde; Coordenadoria Regional de Saúde Oeste; UBSs Oeste; PAI; NASF; EMAD/NADI; HCFMUSP; SAS/CREAS/CRAS/NCI/CDI; Organizações sociais e comunitárias.

Ano de participação: 2018

Implementação do Apoio Matricial ao Paciente Idoso Oncológico

O projeto foi criado com o intuito de aperfeiçoar o atendimento às diversas pessoas idosas que fazem tratamento oncológico no Hospital do Câncer de Campo Grande Alfredo Abrão. Os desafios do atendimento são muitos, inclusive por conta de recursos escassos e pela quantidade de pacientes atendidos. Sendo assim, os objetivos do projeto visavam promover melhorias nas formas de tratamento e de cuidado com as pessoas idosas adoecidas, de forma que eles recebessem o melhor tratamento possível, mesmo com toda dificuldade enfrentada pela equipe e pelo hospital. Para atingir tal objetivo, algumas atividades foram implementadas, tais como: (i) observar a realidade do paciente em seu domicílio, a fim de ter um panorama completo sobre suas condições socioeconômicas e seu relacionamento familiar; (ii) identificar indivíduos vulneráveis, com dificuldade de realizar o tratamento, ansiosos ou com outros tipos de sofrimento físico e mental correlacionados com a doença; (iii) desenvolver atividades para orientar e educar as pessoas idosas e suas famílias, a fim de que eles se tornem mais independentes no tratamento e na vida; (iv) identificar e solucionar inquietações de pessoas idosas com relação aos seus tratamentos através de um apoio emocional e de saúde, visitando mais vezes os pacientes em suas residências e evitando a necessidade de que ele se desloquem para o hospital; (v) realizar reunião mensal com os cuidadores para gerar uma conscientização e melhorar o cuidado com os pacientes; (vi) disponibilizar uma cartilha com informações especiais para os tratamentos, com dietas parenterais e detalhes sobre cuidado com a pele dos pacientes acamados e (vii) realizar reuniões mensais entre as equipes para compartilhar conhecimento sobre o tratamento e informações sobre os pacientes. Os resultados do projeto mostram que ele tem sido útil em diminuir a quantidade de internações com quadros em estágio avançado de pessoas idosas, visto que elas estão sendo monitoradas com mais cautela com as visitas em casa. O cuidado em casa faz com que aquele ambiente seja adequado para seu conforto em momentos sensíveis e para sua melhoria, tanto física quanto mental.

Esfera: Estadual

Município: Campo Grande, MS

Instituição Responsável: Hospital de Câncer de Campo Grande-MS
Alfredo Abrão

Coordenador da experiência: Regina Aparecida Pereira Mazzi

E-mail da coordenação: enfermagem@hcaa.org.br

Telefone institucional: (67)30416000

Parceiros: Serviço de Atenção Domiciliar/SAD

Ano de participação: 2017

Implantação do Apoio Matricial em Geriatria no Município de São José dos Campos

O Programa Saúde do Adulto/Idoso percebeu que havia uma série de fatores que levavam a dificuldades no atendimento de forma integral a pessoa idosa e, por isso, o projeto surgiu da demanda por melhorar o processo. O matriciamento foi encontrado como solução mais eficiente, acontecendo via encontros trimestrais, e direcionado para médicos da atenção primária e contanto com a participação dos especialistas da atenção secundária e terciária como matriciadores. O objetivo é trazer temas sobre geriatria e doenças comuns desse momento da vida, utilizando um método bem prático. A experiência do matriciamento possibilitou a melhoria do trabalho conjunto dos profissionais de diversos níveis. Todos se tornaram mais qualificados e humanizados, o que se refletiu em um tratamento da pessoa idosa com mais qualidade, um melhor encaminhamento dos pacientes para os médicos geriatras e na melhoria dos índices de controle das doenças crônicas. O matriciamento se deu em oito módulos, que debatiam os assuntos mais pertinentes para o atendimento às pessoas idosas da região, focando especialmente em atenção primária, doenças crônicas recorrentes nas pessoas idosas e encaminhamentos geriátricos. Como resultados, foi possível perceber não só uma melhora no vínculo entre os médicos, mas também uma qualificação nos encaminhamentos ao geriatra. O atendimento também se tornou mais humanizado, com menos queixas sendo realizadas para ouvidoria e redução do uso extravagante de remédios ou da automedicação

Esfera: Municipal

Município: São José dos Campos, SP

Instituição Responsável: Prefeitura Municipal de São José dos Campos

Coordenador da experiência: Alcione de Lourdes Fernandes Pereira

E-mail da coordenação: saudedoadulto@sjc.sp.gov.br

Telefone institucional: (12) 32121263

Ano de participação: 2016

Núcleo de Atenção Gerontológica (NAG)

O Núcleo de Atenção Gerontológica (NAG) trouxe diversos benefícios a unidade onde foi implementado. Foi possível experimentar ações terapêuticas que aumentaram a atuação no cuidado à pessoa idosa, trazendo uma abordagem mais multidimensional e completa para o atendimento. Essa aproximação e esse cuidado singular mostraram-se mais eficazes para resolver demandas complexas, especialmente com relação a pessoas idosas em situação de vulnerabilidade e seus familiares. A multidimensionalidade fez com que as equipes pudessem melhorar a qualidade da assistência prestada, aumentando a qualidade de vida dos pacientes. Essas medidas terapêuticas foram realizadas tanto de forma individual quanto em grupo, mas sempre sob a atenta supervisão dos responsáveis das equipes, tornando a experiência muito exitosa. Para controle de práticas e melhoria, as reuniões das equipes eram semanais e semestralmente, todos os casos e processos eram avaliados. No mais, o NAG procurou parcerias que pudessem proporcionar atividades educativas internas e externas para os idosos, como, por exemplo, visitas a museus, passeios guiados, idas ao cinema etc. As vantagens, além das melhoras clínicas, foram o fortalecimento de autonomia e independência dos idosos, aumento do suporte familiar, melhoria da autoestima da pessoa idosa, ampliação da cultura e maior integração entre as pessoas idosas e os funcionários, além de integrá-los com a sociedade. A equipe do NAG também melhorou sua compreensão sobre o processo de envelhecimento e entendeu melhores formas de enfrentar as dificuldades e gerar a melhor qualidade de vida possível para as pessoas idosas atendidas.

Esfera: Estadual

Município: Salvador, BA

Instituição Responsável: CREASI – Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso

Coordenador da experiência: Marilú Meirelles

E-mail da coordenação: creasi.cae@gmail.com

Telefone institucional: (71)32705719

Parceiros: Intra e intersetoriais

Ano de participação: 2016

Avaliação multidimensional

O projeto se baseou na elaboração e implementação de instrumentos de acompanhamento, monitoramento e avaliação de indicadores de saúde da pessoa idosa. Para tal feito, foi necessário criar assessorias técnicas do idoso nas seis Regionais de Saúde de Fortaleza e fazer reuniões sistemáticas com os profissionais dessas assessorias, a fim de entender quais seriam os instrumentos, indicadores e mapas ideais para desenvolvimento e melhoria do atendimento às pessoas idosas. No final, resolveu-se pela avaliação de treze domínios de investigação, com base no Caderno de Atenção Básica nº 19: nutrição, visão, audição, incontinência, atividade sexual, humor, cognição e memória, função dos membros superiores e inferiores, atividades diárias, domicílio, queda e suporte social. Os instrumentos foram aplicados em mais de 90 unidades básicas de saúde da região e a análise dos indicadores permitiu a troca de conhecimentos entre toda a rede de atenção. Os resultados foram a percepção de que casos de violência contra idosos estavam sendo subnotificados; que havia baixo índice de atenção a saúde bucal e que havia necessidade de referência para os casos de demência. A experiência tem potencial para ser replicada em outros municípios e pode servir como base para criação de políticas públicas mais eficientes relacionadas à pessoa idosa.

Município: Fortaleza, CE

Instituição Responsável: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza

Coordenador da experiência: Gerídice Andrade de Moraes

E-mail da coordenação: geridice@uol.com.br

Telefone institucional: (85) 9944-0150

Parceiros: Centro de Saúde da Família Francisco Domingos da Silva

Ano de participação: 2013

Referências

ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira Organizador; CAMARANO, Ana Amélia Organizadora; GIACOMIN, Karla Cristina Organizadora. **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. 2016.

AYRES, JRCM. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC- IMS/UERJ-ABRASCO; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. 2009.

CAMPOS, GWS et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface** (Botucatu) 18 Supl 1:983-95, 2014

CHIAVERINI, D. H. (Organizadora), **Guia prático de matriciamento em saúde mental** / Ministério da Saúde:Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

DUARTE, YAO; BERZINS, MAVS; GIACOMIN, KC. Política Nacional do Idoso: as lacunas da lei e a questão dos cuidadores. In: Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC. **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea. cap.19, p.457-78, 2016.

FIOCRUZ. **Mapeamento de Experiências Exitosas Estaduais e Municipais no Campo do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Disponível em: <https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br>

GIACOMIN KC, UCHOA E, LIMA-COSTA MFF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cad Saude Publica**;21(5):1509-18, 2005.

GIACOMIN, KC; UCHOA, E; LIMA-COSTA, MF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cad Saude Publica**;21(5):1509-18, 2005.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda, et al. Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). **Revista de Saúde Pública**, 51, 2017.

MINAYO MCS. Envelhecimento demográfico e lugar do idoso no ciclo da vida brasileira. In: Trench B, Rosa TEC, organizadores. **Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa**. São Paulo: Instituto de Saúde; p.7-15, 2011.

PELCASTRE-VILLAFUERTE, BE; TREVIÑO-SILLER, S; GONZÁLEZ-VÁZQUEZ, T; MÁRQUEZ-SERRANO, M. . Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México. **Cad Saude Publica**. 27(3):460-70, 2011.

PINHEIRO R. Integralidade do cuidado: a promessa da política e a confiança no direito. In: Pinheiro R, Martins PH, organizadores. **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ LAPPIS; p. 51-66, 2011.

SILVEIRA, Teresinha Mello da; CALDAS, Célia Pereira; CARNEIRO, Terezinha Féres. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cadernos de Saúde Pública**, 22: 1629-1638, 2006.

O Desafio da Intersetorialidade na atenção integral à saúde das pessoas idosas

José Luiz Telles; Antonia Oliveira Silva; João Dehon Leandro França

Introdução

Procuramos neste texto abordar aspectos relevantes sobre a saúde integral das pessoas idosas centrada no desafio da intersetorialidade para melhoria da qualidade de vida desta parcela da população brasileira, pontuando algumas experiências exitosas.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, instituída pela Portaria 2.528 em 19 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006) e atualizada em 2017 (BRASIL, 2017a), tem como uma das diretrizes a integralidade da atenção através das ações intersetoriais. Parte-se do pressuposto que a atenção integral, além da necessária articulação/integração entre os diferentes pontos da rede de atenção do SUS, depende de outros setores, governamentais e não governamentais.

De fato, o envelhecimento populacional tem desafiado as políticas sociais na medida em que esta fase da vida é caracterizada por ser múltipla e heterogênea. As marcas da velhice carregam a trajetória de vida de cada um. Acentuadas, ainda mais, se levarmos em conta os determinantes so-

ciais contextualizados, como em nosso país, marcado por profundas desigualdades e iniquidades.

Assim, práticas de promoção da saúde da população idosa, que visam a integração de diferentes setores, merecem destaque na medida em que a intersectorialidade implica em inovação na governança das políticas públicas. Não há, entretanto, receitas ou metodologias consagradas nesta área, mas tão somente experiências com erros e acertos (MENDES & AKERMAN, 2007).

Intersectorialidade: um conceito em construção

Apesar de o tema da intersectorialidade ser recorrente nas discussões da gestão pública há carência de teorias que fundamentem práticas de avaliação e pesquisa nesta área (GRAU,2005; AKERMAN *et al.*, 2014). Entretanto, pode-se destacar pelo menos três elementos que constituem o conceito de intersectorialidade. O primeiro elemento diz respeito à **integração**, tanto no nível conceitual dos objetivos pretendidos, quanto no nível administrativo dos processos de gestão e de trabalho. O segundo refere-se à **inclusividade**, no sentido de uma pauta de ação coordenada entre os diferentes setores envolvidos que vai desde o desenho da intervenção até a sua avaliação. O último elemento constitutivo do conceito de intersectorialidade seria o **político**, na medida em que a prática intersectorial envolve o enfrentamento de contradições e resistências, derivadas tanto de interesses de poder específicos quanto por diferentes culturas organizacionais (GRAU, 2005).

O elemento político da intersectorialidade implica, por sua vez, alta capacidade de negociação entre as partes envolvidas no sentido de gerar acordos e consensos capazes de dar sustentação e viabilidade às ações deliberadas conjuntamente. Indo para além da mera descrição de arranjos multisetoriais, Akerman *et al.* (2014:4298) destacam que a intersectorialidade indicaria “a decisão ético-política deliberada de que o Estado e sua gestão e políticas servem ao interesse comum”. Neste sentido, os diferentes atores (gestores, administradores, profissionais e a população) passam a ser “considerados sujeitos capazes de perceber seus problemas de maneira integrada e de identificar soluções adequadas à realidade social” (EDERMAN, 2006:562).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria MS/GM 2.446/2014), atualizada em 2017 (BRASIL, 2017a) aponta nesta direção quando refere a intersectorialidade

“ao processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns” (BRASIL, 2018:26).

Note-se, nesta definição, que a ideia de integração transcende os setores governamentais e inclui a sociedade no processo de construção e implementação de ações e práticas. A participação de grupos e de pessoas torna-se atributo fundamental neste processo de construção de políticas públicas que levem em consideração os fatores e as condições de vulnerabilidade, os riscos e as potencialidades da saúde que afetam a vida da população. Afinal, a qualidade de vida das pessoas implica a interação de diferentes dimensões do bem-estar físico, psíquico e social. Demanda, portanto, uma visão integrada incompatível com políticas setoriais que não se articulam entre si (EDERMAN *et al.*, 2006).

Do Conceito à Ação: a intersectorialidade como estratégia para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas

A velhice é uma fase da vida que traz especificidades para a implementação das políticas sociais. As pessoas idosas vivenciam determinadas situações que podem trazer sérios prejuízos para a saúde e a qualidade de vida. A articulação intersectorial, em determinadas circunstâncias, torna-se imperativa para o efetivo enfrentamento destas situações. A seguir, discutiremos algumas destas situações e exemplos de práticas bem-sucedidas que buscam a intersectorialidade como estratégia central para o enfrentamento de alguns problemas vivenciados pela população idosa em nosso país.

Violência contra a pessoa idosa

A violência perpetrada contra a pessoa idosa tem assumido um problema de saúde pública. Segundo dados obtidos pelo Disque Denúncia do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, no ano de 2018 foram registradas 37.454 notificações. A maioria das agressões foi cometida nas residências das vítimas (85,6%) e perpetradas por familiares próximos (AGENCIA BRASIL, 2019). Tal fato torna extremamente complexo o atendimento e o pronto encaminhamento das vítimas de agressões.

Neste sentido, o Programa Abraço, desenvolvido no balneário de Camboriú – Santa Catarina, é uma experiência bem-sucedida que tem dentre seus objetivos a proteção da pessoa idosa contra qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão. O Programa presta atendimento 24 horas por dia, seja através do telefone, em qualquer horário do dia ou da noite, ou através de atendimento de um “Anjo do Abraço”, profissional técnico, efetivo, de nível superior, das 07:00 às 18:00, na sede do Programa.

Uma das características importantes do Programa Abraço é sua articulação com a rede de proteção da assistência social, com a rede pública de saúde, com o Ministério Público, com o SAMU (nos casos de urgência médica), com a Guarda Municipal, com a Polícia Militar e o Corpo de Bombeiros. De acordo com a identificação da demanda, quando necessário, é realizada a sensibilização da família frente às questões relativas ao envelhecimento, os direitos da pessoa idosa e os deveres dos familiares. Caso o idoso sofra uma violência extrema e não possa permanecer na família de origem, ele é encaminhado para o quarto do Programa Abraço no Lar de Idosos São Vicente de Paula de Balneário Camboriú. Neste local, ele pode permanecer por no máximo trinta (30) dias. Neste período, são realizados os encaminhamentos para a Delegacia do Idoso, Ministério Público, bem como acionados outros membros da família, que não cometeram a violência para prestar apoio e se responsabilizar pelo acolhido.

O Programa Abraço realizou, em seus 16 meses de existência, 2.671 atendimentos e 17 pessoas foram acolhidas no abrigo temporário.

Baixa Escolaridade e Analfabetismo

A relação entre baixa escolaridade e analfabetismo com a situação de saúde é bem documentada na literatura. Quanto menor a escolaridade entre pessoas idosas, maiores são as taxas de sedentarismo e de alimentação pouco saudável (LIMA-COSTA,2004). A baixa escolaridade também está relacionada à diminuição do tempo médio de vida saudável, principalmente para as pessoas idosas do sexo feminino (ARRUDA & ALVES, 2018).

Promover a literacia ou letramento das pessoas idosas tem sido estratégia importante para a promoção da saúde. Este tem sido um dos focos de trabalho realizado pelo Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia “José Ermírio de Moraes” (IPGG-JEM) desde de 2002. Parte-se do pressuposto que a falta de domínio do uso da leitura e da escrita é um entrave na aquisição e no desenvolvimento de habilidades das pessoas idosas. Ademais, muitas destas pessoas se sentem envergonhadas em admitir o próprio analfabetismo, o que inibe sua participação em outros cursos educacionais.

Os professores utilizam, para alfabetizar as pessoas idosas, painel de sílabas e vogais, alfabeto, uso de palavras que pertencem ao cotidiano das pessoas para aprender novas palavras, ressaltando o valor da educação informal, de suas vivências, como repertório para a educação formal. Gradativamente, houve ampliação dos assuntos e disciplinas, como conhecimentos matemáticos, interpretação de problemas, simulando situações cotidianas que envolvem finanças e trocas monetárias. Atualmente há turmas para alfabetização, mas também turmas correspondentes aos 2os. e 3os. anos do Ensino Fundamental.

O trabalho desenvolvido pelo IPGG-JEM é uma experiência bem-sucedida na qual a articulação entre o setor saúde e o setor educação demonstra resultados promissores para o bem-estar e o efetivo exercício da cidadania das pessoas idosas.

Promoção do Autocuidado Apoiado

As condições crônicas têm assumido cada vez mais relevância na morbimortalidade em todos os países do mundo. Segundo Mendes (2011), na

classificação de condições crônicas estão incluídas doenças, incapacidades e condições, entre elas: cegueira, surdez, algumas doenças congênitas e outras transmissíveis de longo curso, como HIV/Aids e tuberculose; condições ligadas à maternidade e ao período perinatal e outros ciclos da vida, como adolescência e velhice; transtornos mentais persistentes; deficiências físicas contínuas e estruturais; doenças metabólicas; e a grande maioria das doenças bucais. Todos esses agravos e condições requerem um cuidado diferenciado e contínuo, com ações proativas tanto das equipes de saúde como dos portadores de condições crônicas.

Uma das estratégias para melhorar a atenção às condições crônicas é capacitar as pessoas para assumir um papel ativo no cuidado à sua saúde. Nas palavras de Mendes (2011:220), as

“tecnologias de autocuidado apoiado devem ser uma parte essencial do [cuidado às condições crônicas] CCM. Há evidências robustas de que intervenções individuais e grupais para promover o empoderamento das pessoas e para capacitá-las para o autocuidado são muito efetivas no manejo das condições crônicas. Isso significa fortalecer as pessoas para estabelecer suas metas, participar da elaboração de seus planos de cuidado e identificar e superar as barreiras que se antepõem à sua saúde”. (MENDES, 2011; 220)

A promoção do autocuidado apoiado é o foco central do programa desenvolvido pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB de Santo Antonio do Monte, no Estado de Minas Gerais. O trabalho da equipe do NASF-AB é dirigido aos residentes de uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI) no município. O objetivo é promover a saúde dos idosos com adoção de comportamentos saudáveis, mantendo o bem-estar, prevenindo doenças e agravos e fortalecendo a autonomia na execução de atividades de vida diária.

Estabeleceu-se uma parceria entre o profissional de saúde e a pessoa idosa residente na ILPI no sentido de construir um Plano de Autocuidado

de maneira colaborativa. Para isso, foi avaliado a capacidade e o desejo da pessoa em exercê-lo, o profissional observou se a pessoa tem autonomia e independência suficientes para realizar o plano de autocuidado e se ela aceitava participar do processo.

O acompanhamento do processo de mudança foi monitorado semanalmente através de um roteiro previamente estabelecido e registrado em uma planilha de monitoramento. Foi possível, assim, constatar que foram alcançadas significativas mudanças de comportamento saudáveis nos internos da ILPI e observado um melhor gerenciamento do próprio cuidado, com tomadas de decisões cotidianas mais responsáveis e conscientes. Esta experiência bem-sucedida demonstra a importância de estabelecer vínculos de atenção à saúde com as pessoas que residem em ILPIs no sentido de fazer com que esta população específica tenha maior autonomia no cuidado de sua própria saúde.

Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs)

A origem da ILPI está vinculada à assistência prestada em asilos, para onde iam as pessoas carentes que necessitavam de um abrigo. Somente em 2005 é que surge uma primeira medida de regulamentação sanitária das instalações de uma ILPI. Coube à Agência Nacional de Vigilância Sanitária a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) número 283, instituindo o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Segundo estudo de CAMARANO & KANSO (2010), a natureza jurídica da maioria das ILPIs é filantrópica (65,2%) com pouquíssimas de natureza pública (6,6%). Neste cenário, a fiscalização das condições de atendimento destas instituições torna-se um grande desafio.

O trabalho desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande em Mato Grosso do Sul merece destaque pelo esforço de buscar a melhoria das condições de atendimento prestadas aos residentes

de ILPIs no município. O Programa de Qualidade em Saúde em Instituições de Longa Permanência para Idosos, desenvolvido em parceria com o Conselho Municipal do Idoso, o Ministério Público, a Secretaria Municipal de Assistência Social e a Vigilância Sanitária municipal tem por objetivo ofertar oportunidade de qualificação dos serviços prestados pelas ILPIs por meio da capacitação de dirigentes, responsáveis técnicos, corpo técnico e cuidadores.

O processo de capacitação envolveu 16 ILPIs, o Conselho Municipal do Idoso, a Secretaria Municipal de Assistência Social e a Secretaria de Estado de Saúde no período de maio de 2013 a outubro de 2014. A população beneficiária em potencial somou 80 mil pessoas.

Conclusão

Procurou-se abordar aspectos importantes sobre a saúde integral da pessoa idosa tomando-se a prática da intersetorialidade como uma ferramenta importante para melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas.

A referida prática mantém-se como um grande desafio para a atenção integral à população idosa brasileira. As experiências exitosas aqui destacadas demonstram que é possível articular diferentes setores tendo resultados extremamente positivos para a população abrangida. A intersetorialidade representa um instrumento para o alcance da integralidade das políticas sociais e, quando efetivada, tem o potencial de reduzir as desigualdades e iniquidades.

Resumo das Experiências de intersetorialidade na atenção

Programa Abraço

O Programa Abraço foi inspirado no artigo 3º do Estatuto do Idoso, que diz que o processo de envelhecimento é um direito que deve ser protegido. Ainda que a população esteja se tornando cada vez mais velha, é

verdade que a qualidade de vida não atinge toda essa nova parcela populacional e, infelizmente, nem todos têm o envelhecimento protegido como regem nossas leis. Dessa forma, foi criado um serviço municipal a fim de promover cuidado, atenção, apoio e proteção em regime de plantão 24 horas. O atendimento é para situações de urgência e emergência, tanto na sede, quanto por telefone. Assim, é possível gerar uma maior segurança para a pessoa idosa e priorizar o seu atendimento, possibilitando um envelhecimento mais saudável e digno. Os objetivos eram promover a reflexão, gerar diálogo e criar estratégias de enfrentamento na própria sociedade com relação a casos de violência contra a pessoa idosa; gerar um maior cuidado, apoio e proteção para a pessoa idosa, especialmente a que é vítima de violência; prestar um atendimento Intersetorial para as pessoas idosas vítimas de violência que buscam atendimento e também, até mesmo, oferecer um abrigo temporário digno para a pessoa idosa, quando necessário, com base no artigo 45, parágrafo 6 do Estatuto do Idoso. Mais de 1000 pessoas foram impactadas positivamente pelo projeto, que gerou diversos debates, em muitas esferas sociais, sobre as formas de enfrentar a violência contra a pessoa idosa. Foram mais de 2600 atendimentos em 16 meses de programa e 17 acolhimentos no abrigo temporário.

Esfera: Municipal

Município: Balneário Camboriú, SC.

Instituição Responsável: Secretaria Municipal da Pessoa Idosa

Coordenação da experiência: Anna Christina Barichello; Caroline Testa; Daiana Prestes Feil; Ivanir Maciel; Maristela Rocha; Paulo Senk Júnior

E-mail da coordenação: protecao.spi@bc.sc.gov.br

Telefone institucional: (47) 3363-3020

Parceiros: Secretaria Municipal de Saúde

Ano de participação: 2018

Alfabetização para idosos: ferramenta na construção do processo de saúde

A população idosa atual envelheceu em um contexto social muito diferente do que temos agora. Tal situação faz com que muitas pessoas idosas cheguem à terceira idade sem saber ler, nem escrever. Os homens muitas vezes exerceram durante toda vida atividades laborais para fim de sustento da casa e as mulheres, por outro lado, cresceram em uma época cujo seu único papel era cuidar do lar, dos filhos e do próprio marido. Ambos acabaram, por muitas vezes, à margem da educação formal. Ainda que o dever de alfabetizar essa população que foi marginalizada, é fato reconhecido pela Organização Mundial de Saúde que manter a mente ativa é fundamental para um processo de envelhecimento saudável. Sendo assim, fica clara a conexão entre a saúde e a alfabetização, ainda que tardia. Tarefas básicas do dia-a-dia de tratamento médico, como ler receitas médicas, embalagens de medicamentos e orientações para exames são impossíveis para essa parcela populacional, o que acaba gerando uma falta de interesse em acompanhar a saúde e acarreta em problemas, como erro na dosagem medicamentosa e perda de consultas agendadas previamente. As atividades de alfabetização começaram em 2002 e continuam até o momento atual, com algumas mudanças de estratégias no caminho. O projeto conta até mesmo com alunos com sequelas de acidente vascular encefálico, com doença de Parkinson e, durante o processo de ensino, foi até mesmo detectado um caso de dislexia. A evolução das turmas foi tão boa que o projeto foi além do nível só da alfabetização, contando com turmas também de 2º e 3º anos do primeiro segmento do Ensino Fundamental. As famílias também tiveram um papel importante nesse projeto, valorizando a iniciativa e participando das festividades.

Esfera: Estadual

Município: São Paulo, SP

Instituição Responsável: Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia
“José Ermírio de Moraes”

Coordenação da experiência: Nilton Guedes

E-mail da coordenação: ipgg-educa@saude.sp.gov.br

Telefone institucional: 11 2030-4052

Ano de participação: 2016

Autocuidado Apoiado

O projeto objetivou mudar o comportamento e o estilo de vida dos idosos da Instituição de Longa Permanência de Idosos no município de Santo Antônio do Monte/MG. A ideia foi gerar uma conscientização da necessidade de cuidar de si mesmo e apoiá-los para que eles fossem empoderados e, portanto, conseguissem agir de forma mais autônoma. A população idosa foi incentivada a tomar decisões do cotidiano, como questões de alimentação, atividade física, medicação, higiene pessoal e estilo de vida. Tudo isto, é claro, com o apoio da equipe de saúde. Nessa conexão entre o interno e o profissional de saúde responsável, criou-se o Plano de Autocuidado, com o intuito de organizar todas essas etapas para as pessoas idosas, especialmente no que diz respeito às situações de saúde. Após a avaliação da saúde da pessoa idosa, foi verificado que era importante aconselhá-la e tirar dúvidas sobre o que foi dito. Depois disso, com base nesse diálogo, a pessoa idosa era convidada a selecionar algum comportamento para adotar nos próximos dias, com base no que foi debatido e em quanto ela se sente confortável para agir. O profissional de saúde acompanha todo processo e constrói o plano de forma colaborativa, verificando as mudanças semanalmente ou quinzenalmente. Como resultado, foi possível perceber mudanças significativas de comportamento nos internos, que com o empoderamento das tomadas de decisões do cotidiano, acabaram se sentindo mais aptos para cuidarem de si mesmo e enfrentar obstáculos.

Esfera: Municipal

Município: Santo Antônio do Monte, MG

Instituição Responsável: Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF

Coordenação da experiência: Vigilância em Saúde/ Promoção em Saúde

E-mail da coordenação: saudetrabalhador.samonte@gmail.com

Telefone institucional: (37)32811400

Parceiros: Atenção Primária à Saúde

Ano de participação: 2015

A Arte de Envelhecer de forma ativa, saudável e humanizada

O projeto tem como objetivo gerar um envelhecimento como seu título aponta: ativo, saudável e humanizado. Para isso, gera diversas ações socioculturais, esportivas e de incentivo à cidadania com o intuito de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência da população idosa. A ideia era ir muito além de um desenvolvimento da saúde física e mental, ajudando a desenvolver a capacidade funcional, o suporte social, a independência financeira e agregando valores por meio da construção de espaços de cidadania. O empoderamento da terceira idade vem aliado com uma conscientização social sobre violência, maus tratos e abandono, além de um processo de reconhecimento do SUS como instrumento fundamental para política nacional de saúde. Como resultado, foi possível ver uma redução nos índices de suicídio, além de uma maior participação dos idosos nas atividades realizadas, reduzindo também os índices de sedentarismo e obesidade. Também houve uma redução no índice de acidentes, quedas e fraturas, violência, maus tratos, abandonos e uma valorização da pessoa idosa por diversas faixas etárias da sociedade, que também se envolveram no projeto e o incentivaram.

Esfera: Municipal

Município: Poção, PE

Instituição Responsável: Secretaria de Saúde

Coordenação da experiência: Paulo Gomes da Silva e Jaciene Maria Cândido de Freitas

E-mail da coordenação: gomessilvapaulo@hotmail.com

Telefone institucional: 87-383412-59/87-3834-1454

Parceiros: Secretaria de Assistência Social/CRAS/Secretaria de Esporte/Transporte/SESC/NPS/UBM/Cooordenadoria da Mulher/Secretaria de Educação/Biblioteca do SESI/CMDI

Ano de participação: 2015

Qualificação da saúde nas ILPIs

O projeto em questão foi motivado por denúncias recebidas pela Vigilância Sanitária Local sobre Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas (ILPIs) que não estavam em conformidade com os regulamentos. Além disso, também tiveram muitos relatos de pessoas idosas que se viram em situação de risco e vulnerabilidade nas instituições. Pensando em como melhorar essa situação, surgiu o Programa de Qualidade em Saúde nas Instituições de Longa Permanência para Idosos de Campo Grande. Os objetivos eram melhorar as condições nas ILPIs, manter um acompanhamento constante das condições de funcionamento e garantir a manutenção da qualidade e uniformizar as ações em todo o município. Esse projeto foi idealizado com o intuito de ofertar oportunidades de melhorias e qualificações nos serviços prestados pelas ILPIs, não sendo, de forma alguma, uma fiscalização com rigor punitivo. No mais, a ideia foi capacitar por meio de cursos especializados os dirigentes, responsáveis técnicos, corpo técnico e curadores, para que eles pudessem prestar o melhor serviço possível para os internos. Os cursos contaram com Guias para a Construção do Plano de Atenção Integral à Saúde dos Residentes e para a elaboração de planos de trabalho nas ILPIs. Como resultado, 16 ILPIs foram capacitados, com qualificação muito melhor para a recepção das pessoas idosas em suas instalações.

Município: Campo Grande, MS

Instituição Responsável: Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande

Coordenação da experiência: Rejane Aparecida Santor

E-mail da coordenação: rejanasantor@gmail.com

Telefone institucional: (67) 3314-3045

Parceiros: Conselho Municipal de Idoso, Ministério Público, Secretaria Municipal de Assistência Social e Vigilância Sanitária

Ano de Participação: 2014

Trabalho e inclusão social: projeto agente experiente

Foi a demanda das pessoas idosas por emprego que influenciou a criação do Projeto Agente Experiente. Muitos buscavam uma forma de permanecer em atividade e complementar a renda. O projeto começou em 2004 e até 2014 beneficiou 211 pessoas idosas ativas e com renda inferior a dois salários mínimos. A ideia foi envolver as pessoas idosas em atividades do serviço público, em troca de benefícios financeiros. Algumas das atribuições desempenhadas pelos “agentes experientes” foram: atendimento ao público, visita domiciliar, participação em pesquisas e apoio administrativo. A iniciativa foi muito bem recebida pelas pessoas idosas nas regiões onde foram implantadas, especialmente nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), nas Coordenadorias Regionais de Educação (CREs), nos postos de Saúde municipais e nas Unidades de Saúde de Família, todos vinculados à Prefeitura do Rio de Janeiro. A iniciativa visa gerar transferência e melhoria de renda, além de inclusão social e empoderamento das pessoas idosas. A cada trimestre, a experiência é monitorada por meio de questionários para também verificar qual o impacto da iniciativa no convívio social dos idosos envolvidos.

Município: Rio de Janeiro, RJ.

Instituição Responsável: SMS do RJ

Coordenação da experiência: Ana Elise Pontes, Ana Luiza Mendonça e Maria Terezinha B. da Conceição

E-mail da coordenação: projetoagenteexperiente@gmail.com

Telefone institucional: (21) 2976-2837

Parceiros: Universidade Estácio de Sá e as Secretarias Municipais de Desenvolvimento Social e de Cultura (através do Planetário Municipal).

Ano de participação: 2014

Referências

AGENCIA BRASIL. **Número de denúncias de violência contra idosos aumentou 13% em 2018**. Disponível em <http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2019-06/numero-de%20denuncias-de-violencia-contra-idosos-aumentou-13-em-2018>. (2019). Acesso em 19 de agosto de 2019.

AKERMAN, Marco *et al.*. Intersetorialidade? IntersetorialidadeSi!. **Ciênc. saúde coletiva**[online]. 2014, vol.19, n.11, pp.4291-4300. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104291&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 de agosto de 2019.

ARRUDA, N.M. & ALVES, L.C. A influência da escolaridade nas condições de saúde da população idosa da região Sudeste do Brasil: uma análise dos anos de 1998 e 2008. **Anais do XXI Encontro Nacional de Estudos Populacionais: População, sociedade e políticas: desafios presentes e futuros**. Disponível em: http://www.abep.org.br/xxiencontro/arquivos/R0326-1_1.pdf Acesso em 19 de agosto de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006**: Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em 19 de agosto de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf Acesso em 15 de agosto de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS Nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Anexo XII. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em 07 de maio de 2020.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo , v. 27, n. 1, p. 232-235, Junho 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982010000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em 19 de agosto de 2019.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini; SCHLINDWEIN, Betina Hömer e SOUSA, Francisca Georgina Macedo de. A produção do conhecimento: diálogo entre os diferentes saberes. **Rev. bras. enferm.** [online], vol.59, n.4, pp.560-564, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000400017&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em 15 de agosto de 2019.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens?: Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 13, n. 4, p. 201-208, dez. 2004 . Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000400002 Acesso em 19 de agosto de 2019.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf Acesso em 19 de agosto de 2019.

MENDES, R.; AKERMAN, M. Intersetorialidade: reflexões e práticas. In: FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES, R. (Org.). **Promoção da saúde e gestão local**. São Paulo: Hucitec: CEPEDOC Saúde em debate), 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITÁRIA**. RDC 283 de 26 de setembro de 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html Acesso em 19 de agosto de 2019.

TAVARES, Maria de Fátima Lobato; ZANCAN, Lenira; Antonio Ivo de; ROCHA, Rosa Maria da. Articulação intersetorial na gestão para a promoção da saúde. In: GONDIM, Roberta; GRABOIS, Victor; MENDES, Walter (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. 2 ed. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011.

Atenção e cuidado domiciliar no SUS: experiências bem sucedidas e necessidades de expansão da oferta

Daniel Groisman

Introdução

Este capítulo aborda um tema desafiador: a atenção e o cuidado para a pessoa idosa. O cuidado é essencial para a sobrevivência humana, e a inserção das modalidades de atendimento domiciliar no âmbito das políticas de saúde representam uma mudança de paradigma, ao deslocar o foco da atenção especializada, ordinariamente prestada em hospitais ou ambulatórios, para os domicílios dos usuários. Tal mudança tem especial valor ou conseguir atingir uma fatia da população que, devido a limitações funcionais ou outros fatores, possui dificuldades ou mesmo impossibilidades para acessar tais serviços, casos estes não fossem providos no domicílio.

A atenção domiciliar vem sendo considerada como uma estratégia chave para a desospitalização e humanização dos cuidados, reduzindo custos e prevenindo iatrogenias que são inerentes aos ambientes institucionais. Por outro lado, se o Brasil implantou, no âmbito do SUS, um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), poucos avanços foram feitos em relação à oferta de serviços de cuidado domiciliar através da políticas públicas, ou seja; a

família precisa se responsabilizar pela prestação de cuidados para que atenção domiciliar possa ser realizada, o que nem sempre é possível, seja pela insuficiência de disponibilidade na família para tal ou mesmo inexistência de vínculos familiares.

Este texto está dividido em três seções: a primeira aborda a atenção domiciliar e sua regulação no âmbito do SUS; a segunda discute o cuidado domiciliar a partir da sua conceituação e da sua dimensão enquanto um trabalho preponderantemente feminino; por fim, a terceira parte enumera experiências exitosas no âmbito da atenção e do cuidado domiciliar.

Atenção domiciliar

Segundo Duarte e Diogo (2005) a atenção domiciliar (AD) se desenvolveu primeiramente nos países desenvolvidos e baseava-se na percepção de que levar a assistência à saúde aos domicílios representava redução de custos e ganhos na efetividade, principalmente em relação aos cuidados dos pacientes crônicos, ficando o hospital, portanto, mais direcionado para os cuidados agudos. No Brasil, esta modalidade de atendimento começou a ser ofertada mais fortemente a partir da década de 1990, porém principalmente no mercado privado dos grandes centros urbanos, estimulada por seguradoras e empresas de planos de saúde, que identificavam nessa prática uma estratégia para reduzir a demanda por internações hospitalares e transferir responsabilidades e custos para a família. No setor público, a atenção domiciliar também vem se desenvolvendo há muitos anos, embora numa oferta ainda insuficiente face à demanda (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

No âmbito do SUS, as ações voltadas para a assistência ou atenção domiciliar começaram a ser implantadas no início dos anos 2000, porém a maioria das ações nessa época partia de iniciativas de hospitais ou secretarias de saúde e não contavam com uma política para o incentivo e regulamentação do seu financiamento (BRASIL, 2013). Apesar da inclusão, em 2002, de um artigo na Lei 8080/90, voltado para “regulamentar a assistência domiciliar no SUS” e de normas em 2006 voltadas para ampliar essa oferta,

foi somente através da Portaria nº 2.527, de outubro de 2011, que se estruturou, em âmbito nacional, uma Política para a Atenção Domiciliar, o que coincidiu com o lançamento do Programa “Melhor em Casa”. Posteriormente, essa política foi atualizada pela Portaria 825, de 25 de abril de 2016.

Assim, a AD foi definida como uma “modalidade de atenção à saúde integrada às Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados” (BRASIL, 2016). É interessante destacar que a AD foi definida em três modalidades, AD1, AD2 e AD3, sendo a primeira no âmbito da Atenção Primária e as demais no âmbito do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Na modalidade AD1, o foco recai sobre os usuários que estejam impossibilitados de se deslocarem até as unidades de saúde, e que necessitem de cuidados de menor intensidade e que estejam dentro da capacidade de atendimento das equipes que compõem a atenção primária. Há de se ressaltar, nesse caso, a importância estratégica dos NASF-AB, bem como de ambulatórios e centros de reabilitação, quando disponíveis.⁶

Em relação às modalidades AD2 e AD3, estas se voltam aos usuários cujas necessidades de cuidado sejam maiores do que os recursos disponíveis no âmbito da atenção primária, devendo estar referenciadas, portanto, aos SAD, o qual é operacionalizado pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). A diferença entre as modalidades AD2 e AD3 diz respeito à maior complexidade dos cuidados requeridos pelos usuários, se inserindo na categoria AD3 aqueles casos clínicos de maior complexidade e que eventualmente são dependentes de equipamentos de suporte à vida, dentre outros. Segundo o Ministério da Saúde, nas ações de atendimento domiciliar, “a equipe deve respeitar o espaço da família, ser capaz de preservar os laços afetivos das pessoas e fortalecer a autoestima, ajudando a construir ambientes mais

⁶ Segundo Mota (2020), alterações nas formas de custeio para a Atenção Primária em Saúde, conjugadas como a interrupção do credenciamento de novos NASF-AB, coloca em xeque a existência desses núcleos. Como apontam Melo e cols (2018), as alterações ocorridas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tendem a levar ao enfraquecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

favoráveis à recuperação da saúde”, o que contribui para a humanização da atenção à saúde” (BRASIL, 2011, p.22).

Sem desmerecer a importância das ações destinadas ao atendimento domiciliar, é preciso reconhecer algumas das suas limitações. Como mostram FEUERWERKER e MERHY (2008, p. 185), um dos requisitos para ingresso na AD é a existência de um cuidador que se responsabilize pelo acompanhamento do indivíduo sob cuidados, “seja esse cuidador um familiar, um vizinho, um amigo voluntário ou um cuidador contratado”. Tal necessidade está especificada nas portarias que regulamentam esse tipo de atendimento, já que uma das finalidades dessa política é a orientação e instrumentalização dos cuidadores disponibilizados pelas famílias para a prestação das ações prescritas pela equipe de saúde. Assim, a AD costuma operar dentro de uma lógica que prevê a responsabilização familiar pelos cuidados, entendendo também que estes devem obedecer a uma lógica pertencente ao campo da saúde, sujeita a um diagnóstico, a metas ou objetivos específicos voltados para promover a “alta” dos “pacientes”, que muitas vezes estão associados a limitações quanto ao tempo e duração dos atendimentos disponibilizados.

Os requisitos e limitações para acesso à AD, que pressupõem a disponibilização de um cuidador familiar, muitas vezes esbarra em situações nas quais os usuários podem não dispor de tais cuidadores, seja pela inexistência de uma família ou por impossibilidade dos membros da família assumirem os cuidados, já que um dos fenômenos que vem caracterizando o processo de transição demográfica no Brasil é a diminuição da disponibilidade familiar para o cuidado, fruto de diversos fatores, tais como o encolhimento das gerações mais jovens, o encarecimento do custo de vida e inserção no mundo do trabalho das mulheres, que tradicionalmente assumiam as tarefas de cuidado, muitas vezes de forma compulsória.

Assim, é importante destacar que, embora os cuidados domiciliares sejam uma prática que remonte à própria existência das famílias enquanto unidade de organização social, a atenção domiciliar diz respeito a uma parte específica desses cuidados, “particularmente as que implicam uma convivência entre profissionais de saúde e cuidadores familiares”

(FEUERWERKER; MERHY, 2008, p. 185). Na ausência ou insuficiência de tais cuidadores, a AD fica limitada ou mesmo inviabilizada de ocorrer, já que as atribuições previstas para os profissionais que compõem as equipes dessa política não abrangem a responsabilização pelas tarefas que se supõe que a família – frequentemente idealizada – deveria cumprir.

Segundo Santos e Gomes (2019, p.234) as famílias inseridas nos serviços e programas de atenção domiciliar “coparticipam e são sobrecarregadas ao mesmo tempo”, já que embora a presença de uma equipe multiprofissional represente um apoio essencial para o cuidado no domicílio, a atenção domiciliar pressupõe a transferência de responsabilidades para a família, inclusive econômicas e financeiras e na prestação dos cuidados diretos, o que pode produzir sobrecargas ou esbarrar em limitações dos grupos familiares. Essas autoras ponderam que a necessidade de redução do tempo (e custos) com a internação hospitalar, objetivo que figura com centralidade AD, não pode ignorar as condições sociais e familiares dos usuários, sendo urgente a criação de políticas públicas que subsidiem o cuidado no âmbito familiar e comunitário.

Cuidado domiciliar

Embora existam programas públicos que empreguem cuidadores comunitários ou domiciliares, os quais descreveremos na seção final deste capítulo, esta modalidade de atendimento de modo geral não compõe, usualmente, a oferta de serviços públicos na maioria dos municípios, o que indica a existência de um importante descompasso entre a demanda, cada vez maior, por esse tipo de serviços e a capacidade do Estado de oferecer respostas no âmbito das políticas públicas. Assim, o problema dos cuidados no Brasil se caracteriza pelas iniquidades no acesso a esse tipo de serviço, provido pelo mercado para aqueles que dispõem dos recursos para tal, e baixa resposta na provisão de apoios e acompanhamento para aqueles que cuidam e são cuidados.

Como afirma Palomo (2008), os cuidados são, sobretudo, trabalhos, prestados por amor ou por dinheiro, “porém trabalho, afinal de contas:

trabalho de cuidados”. Para Aguirre e colaboradores (2014), o trabalho de cuidados pode ser definido como a ação de ajudar uma pessoa em processo de desenvolvimento ou com limitações, com vistas à provisão de bem-estar para a vida cotidiana. O fato do cuidado ser prestado de forma remunerada ou não, segundo essas autoras, é consequência de um conjunto de fatores que se relacionam a valores culturais, à existência de políticas públicas de cuidado e principalmente, à forma como os papéis de gênero estão estabelecidos na sociedade. Assim, o apelo para que as mulheres assumam a responsabilidade pelo cuidado na família é reflexo de iniquidades de gênero.

Para Kuchemann (2010), o Estado brasileiro opera a partir de uma visão familista sobre o social, segundo a qual cabem às famílias, e não ao Estado, a responsabilidade principal pelo cuidado das pessoas dependentes. Tal situação vem se agravando ao longo das últimas décadas e especialmente nos últimos anos, tanto pela mudança no perfil demográfico da população, quanto pelas retrações nos investimentos para as políticas destinadas à provisão de bem-estar, o que tende a sobrecarregar cada vez mais as mulheres cuidadoras. No caso das mulheres, a necessidade de assumirem as funções não remuneradas de cuidado traz consequências para a sua inserção no mercado de trabalho, devido às dificuldades ou eventual impossibilidade de conciliação entre o trabalho produtivo e o trabalho de reprodutivo ou de cuidados. Para FINE (2011, p. 58), a sociedade contemporânea necessita cada vez mais de novas soluções para compartilhar as responsabilidades pelo cuidado e que não sejam unicamente baseadas na obsoleta “divisão sexual entre trabalho remunerado fora de casa e cuidado familiar não remunerado doméstico”.

No Brasil, o termo “cuidador” é empregado para se fazer referência tanto às pessoas da família que assumem as funções de cuidado quanto para às trabalhadoras que exercem essa ocupação de forma remunerada. Em ambas as modalidades este é exercido majoritariamente por mulheres. No caso do cuidado familiar, é histórica a literatura que aponta o potencial efeito de sobrecarga desse tipo de trabalho, com desdobramentos para a saúde física e mental dessas pessoas, caso não recebam auxílios e apoios necessários para o desempenho das tarefas de cuidado.

Segundo Lino e colaboradores (2016), os familiares que cuidam de idosos são predominantemente mulheres de meia idade ou idosas. Para essa autora, as cuidadoras familiares no país frequentemente são submetidas a jornadas prolongadas e desgastantes, dificilmente contam com opções para o revezamento para a tarefa de cuidar e possuem baixa oportunidade para acesso a informações e orientações sobre como lidar com as questões de saúde e cuidados necessários pelos idosos sob seus cuidados. O resultado, segundo essa autora (LINO e COLS, 2016, p.2), é que “a tarefa de cuidar acarreta, frequentemente, depressão e diminuição da qualidade de vida, fatores que, aliados à ausência de serviços domiciliares e à coabitação com o idoso dependente, contribuem para o estresse emocional vivenciado no cotidiano”. Segundo essa autora, a elevada prevalência de estresse em cuidadores familiares já foi identificada no Brasil, atingindo até 70% das pessoas que cuidam de idosos dependentes.

No que tange ao trabalho remunerado de cuidados, a ocupação de cuidadora está regulada no Brasil como uma atividade de livre exercício, constante da Classificação Brasileira das Ocupações (CBO). O número total de cuidadoras hoje no país é desconhecido e pode apenas ser estimado, com base em pesquisas e projeções de caráter censitário. Mesmo os dados oficiais referentes ao número de contratações no país são considerados insuficientes, já que muitas dessas trabalhadoras são registradas como empregadas domésticas e outras tantas sequer estão formalizadas contratualmente. Apesar dessas ressalvas, a ocupação de cuidador foi a que mais cresceu no país na última década, segundo dados divulgados em de 2018, expansão que é expressa o aumento da demanda por esse tipo de serviços. Entretanto, por ser pouco regulada, se confundir com o trabalho doméstico e estar ligada a discriminações históricas na sociedade brasileira quanto ao gênero, classe social e raça/cor das pessoas que atuam como cuidadoras, esta vem sendo caracterizada por condições de trabalho marcadas pela precariedade e informalidade, além de falta de oportunidades para escolarização e qualificação profissional.

Os movimentos, realizados por diferentes atores, em prol da transformação da ocupação de cuidadora em profissão, o que significaria um passo

importante para a valorização e melhoria das condições de trabalho da categoria têm esbarrado em obstáculos de difícil transposição e que agravam as suas condições de trabalho. Particularmente, dois tipos de dificuldade têm se sobressaído: em primeiro lugar, a resistência governamental em relação à criação de uma nova profissão, já que tal fato enseja o temor de um aumento de gastos, o que poderia ocorrer caso o Estado passasse a incorporar o cuidado e os cuidadores às suas políticas públicas. O segundo tipo de dificuldade deriva do corporativismo de profissões já estabelecidas no campo dos cuidados, como por exemplo a enfermagem, que, através de seus órgãos de classe, vem interferindo negativamente em diversas iniciativas relacionadas às cuidadoras, seja no que diz respeito a programas para a sua formação e qualificação ou mesmo em relação às discussões para a regulamentação da profissão (GROISMAN, 2013; DEBER ; OLIVEIRA, 2015).

O problema dos cuidados tem sido marcado pelas iniquidades ao seu acesso, já que a oferta de cuidadores domiciliares como parte das políticas públicas não está adequadamente contemplada no âmbito da seguridade social brasileira. Assim, as famílias e indivíduos que não possuem recursos para contratar esses serviços no mercado, tenderão a passar por situações de sobrecarga, vulnerabilidade e riscos variados, que poderão abranger desde impactos para a saúde dos cuidadores familiares a situações de penúria financeira, abandono, negligência e violência doméstica. Os programas públicos que envolvem a prestação de cuidados domiciliares têm sido reconhecidos como exitosos e altamente meritórios, como veremos no tópico a seguir, porém é preciso ressaltar a diferença entre programas de governo e políticas de estado, ou seja; embora tenhamos programas de cuidados em algumas capitais do país, carecemos de uma política de estado para os cuidados, o que limita enormemente a capacidade de oferta e financiamento a esse tipo de serviço.⁷

⁷ O conceito de cuidado aqui empregado se refere ao adotado nas produções acadêmicas que se dedicam a analisar a organização social do cuidado. Segundo Dighiero (2015), cuidado é a ação de auxiliar uma pessoa dependente – criança, adulta ou idosa - no seu desenvolvimento e bem estar na vida cotidiana. Para um maior aprofundamento, ver também: Daily ; Lewys, 2000 ; Carrasco ; Borderías ; Torns, 2011 ; .

Experiências exitosas de atenção e atenção domiciliar

Programa Melhor em Casa / Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

Por se tratar de uma política do SUS, este possui abrangência nacional, ainda que a ampliação ou manutenção da sua cobertura dependa de investimentos em equipes e recursos que tendem a ser especialmente impactados em momentos de retração econômica e/ou regimes de austeridade fiscal. Dados do programa indicam que foram realizados cerca de 1,07 milhões de atendimentos a idosos, entre 2016 e 2018 no país, nas suas diversas regiões⁸. Nos editais para identificação de Boas Práticas em Saúde da Pessoa Idosa há várias experiências realizadas no âmbito desse programa. Dentre elas, podemos citar a experiência de Iranduba (AM), que integrou recursos da musicoterapia no atendimento aos pacientes do programa (FIOCRUZ, 2018). Outro exemplo foi o trabalho realizado em Viçosa (CE), que incluiu o atendimento odontológico para os idosos atendidos no Programa Melhor em Casa, iniciativa importante para a promoção da saúde, tratamento de doenças e reabilitação, tendo em vista a relevância da saúde bucal para realização das atividades da vida diária (FIOCRUZ, 2018b). Na região Sudeste, uma das experiências identificadas foi a do município de São Pedro da Aldeia (RJ), que constituiu uma equipe para atenção domiciliar, a partir da percepção quanto à existência, naquela localidade, de um contingente de idosos que não conseguia ir às UBS por serem acamados ou terem limitações para a sua mobilidade, o que impactava nas taxas de internação hospitalar e óbito na região. A experiência destaca a importância da humanização do cuidado domiciliar, “dentro do aconchego e afeto de seu lar”, prevenindo agravos tais como pneumonias e infecções hospitalares (FIOCRUZ, 2019).

⁸ Dados extraídos do SISAP Idoso, disponível em <https://sisapidoso.icict.fiocruz.br/>, acessados em outubro de 2019. Este mesmo sistema indica que a razão de atendimentos domiciliares a idosos, calculada por grupos de 100 indivíduos, sofreu redução entre 2015 e 2018 (Fiocruz, 2011).

Programa maior cuidado, do município de Belo Horizonte.

Trata-se de um programa existente desde 2011, no município de Belo Horizonte, e que tem como um dos seus diferenciais a intersetorialidade, que envolve as Secretarias de Saúde e de Assistência Social. Este programa possui equipe de cuidadores de pessoa idosa, sob a gestão da Secretaria Municipal de Assistência Social, que recebem apoio de equipes multiprofissionais vinculadas aos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), das Equipes de Saúde da Família e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Os idosos a serem inseridos no programa são identificados tanto pelos CRAS quanto pelas equipes da ESF, ou por demanda espontânea. O programa abrange as nove regionais da cidade, envolvendo 26 CRAS. Estão descritos, como objetivos do programa, o apoio às famílias no cuidado com os idosos, através de atendimento domiciliar por meio de equipes de cuidadores, junto a pessoas idosas dependentes e semidependentes. Segundo informações do programa, “os profissionais atendem aos idosos em casa, em dias e horários definidos por equipe multidisciplinar, de acordo com o grau de dependência de cada pessoa, e têm como norte a prevenção da exclusão e do isolamento”. Os idosos atendidos estão inseridos no Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF), no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Em 2009, o Município de Belo Horizonte implantou o Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil (PQCIF), que visava capacitar profissionais para a criação de grupos para cuidadores familiares de pessoas idosas nas unidades básicas de saúde (UBS). O Programa Maior Cuidado, como relata Chacon e colaboradores (2016), contribuiu para que esses familiares pudessem ser atendidos nos grupos, trazendo benefícios, portanto, tanto para as pessoas idosas cuidadas quanto para seus familiares cuidadores. Pode-se dizer que este é um exemplo interessante de como a parceria e a corresponsabilização entre os serviços públicos, a sociedade e a família para o cuidado das pessoas idosas promove a saúde e protege os direitos.

Programa Acompanhante de Idosos (PAI), do município de São Paulo

Trata-se de um programa existente desde 2007 no município de São Paulo e que foi implantado a partir da identificação de um contingente

grande de pessoas idosas residindo sozinhas e em processo de fragilização (ARAÚJO, 2019). Em 2018, o programa contava com 40 equipes multiprofissionais, atendendo a cerca de 4800 pessoas idosas e com previsão de expansão para os próximos anos. Como relata Araujo (2019), o PAI é uma modalidade de cuidado domiciliar para idosos em situação de fragilidade clínica e vulnerabilidade social. Dentre os critérios para inserção no programa, se encontram: o isolamento e risco social, a falta de cuidadores familiares e a presença de limitações funcionais, dentre outros. Dentre os objetivos do programa, estão a promoção da autonomia, da qualidade de vida e da saúde, o combate ao isolamento e à exclusão social e o acompanhamento para a realização das atividades da vida cotidiana.

As bases do PAI estão localizadas em Unidades Básicas de Saúde, as quais identificam os idosos a partir de busca ativa, encaminhamentos ou demandas recebidas. As equipes do programa, que atuam de forma integrada à Estratégia de Saúde da Família, além das cuidadoras/acompanhantes de idosos, possuem também assistente social, médico, profissionais de enfermagem e um motorista. Os atendimentos são realizados tanto nos domicílios como em espaços públicos, como praças, parques, clubes, igrejas e demais locais aonde as pessoas idosas queiram estar na companhia das suas acompanhantes.

Nos editais para identificação de Boas Práticas em Saúde da Pessoa Idosa promovidos anualmente pelo Ministério da Saúde, a experiência desenvolvida pelo PAI já foi contemplada mais de uma vez, dentre elas, a do “PAI São Mateus”, que em 2017 concorreu com o título “Do tédio e tristeza à recuperação da alegria de viver” (FIOCRUZ, 2017). Nesta experiência, a equipe do programa lista a realização de uma série de atividades, transcendem em muito a oferta usual dos serviços formais de saúde, tais como o acompanhamento para as consultas e exames, o incentivo ao lazer, entretenimento e convivência com outros idosos do território, a restauração da autonomia e autoestima, o incentivo a práticas integrativas e exercícios, a realização de passeios, o resgate de vínculos familiares e amigos de longa data, além de estímulos ao entretenimento e lazer conforme perfil do assistido. As atividades, portanto, são realizadas tanto individualmente como em grupos e a equipe informa, que dentre os resultados obtidos, foi possível melhorar em 42% a mobilidade dos idosos assistidos, reabilitando quase a metade dos que estavam acamados e ou semi-acamados quando da sua inserção no projeto.

Considerações finais

A necessidade de ampliação da oferta de políticas públicas destinadas a prover não só a assistência, mas também o cuidado domiciliar, é tópico que se relaciona a uma indagação que tem sido formulada já há alguns anos, por autores do campo da gerontologia social e que ainda carece de respostas efetivas: quem vai cuidar de nós quando envelhecermos? (BORN, 2011). Neste capítulo, nos debruçamos sobre experiências exitosas no campo da atenção e do cuidado domiciliar. Tais experiências demonstram a efetividade e grande importância desse tipo de política para a promoção de saúde, proteção aos direitos e à dignidade, não somente dos sujeitos destinatários dos cuidados, mas também das pessoas que são suas cuidadoras. Avançar nessa agenda, ampliando acessos e fortalecendo o cuidado não só como valor, mas também como direito, é desafio necessário para a diminuição das iniquidades de gênero e para o respeito à cidadania das pessoas que adquirem limitações, com o avançar do seu processo de envelhecimento.

Resumo das Experiências de atenção e cuidado domiciliar

Terapia antimicrobiana parenteral ambulatorial (Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy – OPAT) em idosos num serviço de atendimento domiciliar

O projeto surgiu da necessidade de tratar as pessoas idosas em um local mais adequado, levando em consideração as características e necessidades de cada um. O processo de envelhecimento muitas vezes vem aliado de situações que aumentam a suscetibilidade de casos infecciosos. Para evitar e combater tal efeito, o Programa de gerenciamento da Terapia Antimicrobiana Parenteral Ambulatorial (Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy - OPAT) foi criado. Um dos objetivos do programa foi criar uma forma de fazer a administração de antimicrobianos em domicílio de uma forma eficiente e segura. A ideia era diminuir a hospitalização, reduzir as infec-

ções relacionadas à própria assistência à saúde e diminuir os custos dessa assistência. Em paralelo, também foram adotadas medidas para monitorar e combater a resistência das bactérias, fazendo com que os tratamentos sejam mais adequados. Mais de mil pacientes participaram do projeto e, como resultado, foi vista uma verdadeira melhora na saúde e na qualidade de vida dos idosos, mesmo aqueles que não estavam em tratamento com antimicrobianos. Isso porque com a diminuição da hospitalização, houve um aumento da disponibilidade de leitos, possibilitando um atendimento mais imediato para os casos que realmente necessitavam. Os pacientes com tratamento antimicrobianos foram monitorados e tiveram o tempo de tratamento das infecções mais adequado, para evitar o desenvolvimento da resistência das bactérias. Os desfechos clínicos foram mais favoráveis e houve uma redução de custos na rede de atenção à saúde do município.

Esfera: Municipal

Município: Curitiba, PR

Instituição Responsável: Fundação Estatal de Atenção Especializada de Saúde de Curitiba (FEAES) / Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

Coordenação da experiência: Clovis Cechinel e Mariana Lous

E-mail da coordenação: cechinel@hotmail.com

Telefone institucional: (41) 3316-5961

Ano de participação: 2018

Programa Acompanhante de Idosos, produz a “Multimistura como Suplemento alimentar, no auxílio terapêutico aos seus idosos com Sarcopenia”

O Programa Acompanhante de Idosos (PAI) Iguatemi teve início em março de 2018 e selecionou as pessoas idosas que seriam seu público inicial: pessoas em situação de vulnerabilidade social e fragilidade, inclusive com alimentação precária. Tal situação impacta diretamente na força dos indivíduos e no seu desempenho físico, que implica em maior risco de quedas e em maior sedentarismo por questões de limitação. A ideia de utilizar a multimistura como forma de suplementar a dieta das pessoas idosas do município surgiu através da enfermeira Débora Barbosa, que já tinha tra-

balhado anteriormente com a fabricação e distribuição da multimistura, mas para crianças de baixo peso e com deficiência nutricional. A mistura oferecida para os idosos, é claro, teve algumas modificações em sua fórmula e teve sua produção regulamentada de acordo com o RDC nº 262. Seus componentes foram pensados com muito cuidado para que a multimistura fosse capaz de suprir as demandas das pessoas idosas selecionadas no projeto. Os benefícios de utilizá-la como suplemento foram explicados para as pessoas idosas, seus cuidadores e familiares, a fim de que todos pudessem enxergar a importância e incentivar o consumo diário dela. As pessoas idosas foram orientadas a usar duas colheres de sopa por dia, aliadas a algum outro tipo de alimento, e a armazenar o produto na geladeira, sempre se atentando a data de validade. Como resultado, foi percebido um grande entusiasmo das pessoas idosas ao perceber as melhorias que a multimistura trouxe para suas vidas, como aumento da massa muscular e maior empoderamento. Além disso, o projeto também abriu portas para projetos futuros com uso de suplemento alimentar, para outros segmentos de pacientes que necessitam. **Esfera:** Municipal

Município: São Paulo, SP

Instituição Responsável: Secretária Municipal de São Paulo (PMSP) e Fundação do ABC (OSS).

Coordenação da experiência: Débora Barbosa – Enfermeira do Programa PAI Iguatemi – COREN/SP: 134.250

E-mail da coordenação: paiiguatemi@gmail.com

Telefone institucional: (11) 2059-8391

Parceiros: EMAD (Equipe Multi de Atenção Domiciliar) - REDE São Mateus – Participação das nutricionistas Mariana Delega de Souza CRN3 – 28935 (EMAD) e Roberta Ursaia Peixoto (Voluntária). Igreja de São Pedro Apóstolo – Utilização da Cozinha industrial.

Ano de participação: 2018

O Programa Acompanhante de Idosos, “PAI São Mateus”: “Do tédio e tristeza à recuperação da alegria de viver.”

O programa começou com o objetivo de promover o cuidado e o bem-estar de pessoas idosas identificadas em situação de fragilidade e vulnerabilidade social, especialmente aquelas que não tinham um familiar, acompanhante ou cuidado em suas vivências. O programa realiza atendimento em domicílio e busca melhorar a qualidade de vida dos idosos, tanto com relação a sua saúde física, mas também com cuidado especial à saúde mental. A ideia, portanto, era criar uma ideia de envelhecimento saudável, com o resgate da vontade de viver e quebrando o isolamento social. Desta forma, as atividades visavam monitorar, promover e recuperar a saúde, além de contar também com a execução de atividades divertidas, que integrem os idosos e façam eles retomarem a vontade de viver, como, por exemplo, passeios, festas temáticas, exibição de filmes, leitura de livros em conjunto, etc. Os resultados foram visíveis: as pessoas idosas apresentaram melhora funcional, clínica, física e mental. A mobilidade dos pacientes melhorou em mais de quarenta por cento, com reabilitação de 12 pessoas idosas que estavam acamados ou semiacamados. Muito do mérito é da comprometida equipe, que se empenhou muito na assistência e no resgate do bem-estar dos assistidos pelo programa.

Esfera: Municipal

Município: São Paulo, SP

Instituição Responsável: Secretária Municipal de São Paulo (PMSP) e Fundação do ABC (OSS).

Coordenação da experiência: Rosana Aparecida de Oliveira – Coordenadora do PAI São Mateus

E-mail da coordenação: paisaomateus@gmail.com

Telefone institucional: (011) 2011-4606

Parcerias: SESC de São Paulo; MASP/SP; Instituto Cultural São Mateus; Sport Clube Corinthians Paulista; Zoológico SP; EMAD; CPN; CAPS e Instituições religiosas.

Ano de participação: 2017

Odontologia domiciliar: estratégia para o atendimento de idosos

Muitas vezes o cuidado com a saúde bucal é negligenciado pelas pessoas idosas, que também não são incentivadas pelos seus familiares ou cuidadores. Na região do projeto, foi observado um número muito grande de pessoas idosas com afecções bucais decorrentes de uma má higiene oral, que não só precisavam de atendimento especializado para resolver as doenças já instauradas, mas também precisavam aprender a como cuidar de seus dentes e como fazer a correta assepsia. A Atenção Domiciliar Odontológica foi pioneira no estado de Alagoas, no município de Campo Alegre. O compromisso firmado é de levar a odontologia para esse público que sempre foi desassistido e que precisava muito de apoio e melhoria nas condições de saúde bucal. A inovação desse programa consiste em, de fato, levar o consultório para o lar da pessoa idosa, a fim de que ela possa receber o atendimento pleno e resolutivo. Ainda que o foco principal do cuidado com a odontologia seja na saúde física, é fato que cuidar da higiene bucal e resolver os problemas encontrados também eleva a autoestima da pessoa idosa, impactando positivamente na sua saúde mental. O projeto tem diversas etapas de avaliação da pessoa idosa e de sua situação clínica, antes de começar o tratamento. Todas as fases envolvem as pessoas idosas e seus cuidadores e familiares, quando aplicável. Além de todo tratamento, também existe um processo de educação em saúde bucal, com o objetivo de diminuir a ocorrência da má higiene bucal. Como resultado, foi observada uma grande melhora na saúde bucal e geral dos pacientes atendidos pelo programa. Houve uma significativa diminuição de exodontias e visualizou-se uma maior adoção de práticas saudáveis dentárias, além do ganho de peso por conta do aumento da ingestão de alimentos, antes muitas vezes impossibilitada pelas doenças bucais.

Esfera: Municípios

Município: Campo Alegre, AL

Instituição Responsável: Programa Melhor em Casa

Coordenação da experiência: Atenção Domiciliar

E-mail da coordenação: terezarochoa@saude.al.gov.br

Telefone institucional: (82) 996148840

Parceria: Redes de atenção à saúde da família/ Saúde Bucal/ CEO

Ano de participação: 2015

Curso de cuidador informal na área rural de Manaus

A região rural de Manaus tem um elevado número de pessoas idosas, que necessitam cada vez mais de cuidados especiais. Foi nesse contexto que surgiu o projeto, no qual foi capitaneado por Francinete de Souza Rebouças, uma auxiliar de enfermagem que enfrentou muitas dificuldades para formar cuidadores de pessoas idosas informais, mas não desistiu. O curso tem o objetivo de capacitar seus estudantes para a realização de procedimentos básicos de saúde, além de capacitá-los para tomar as medidas adequadas para manutenção da capacidade funcional, autonomia, independência e dignidade da pessoa idosa. Alguns temas fundamentais foram: técnicas de cuidado, o cuidado com o cuidador e violência contra a pessoa idosa. O curso foi realizado em nove comunidades pertencentes à região de abrangência do Distrito de Saúde Rural e tem potencial para se expandir para as demais comunidades. À princípio, o curso reunia grupos de familiares e cuidadores comunitários, que estavam interessados em aprender mais. O sucesso foi tanto que agora diversas pessoas buscam os cursos como forma de profissionalização.

Município: Manaus, AM

Instituição Responsável: Secretaria Municipal de Saúde de Manaus
(Programa de Saúde da Pessoa Idosa do Distrito de Saúde Rural)

Coordenação da experiência: Francinete de Souza Rebouças

E-mail da coordenação: francinete.reboucas@pmm.am.gov.br

Telefone institucional: (92) 9216-0416

Parceiros: Secretaria Municipal de Educação

Ano de participação: 2014

Programa Maior Cuidado: Qualificando e Humanizando o Cuidado

O Programa Maior Cuidador é um programa intersetorial resultante da parceria entre Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Assistência Social e Associação de Cuidadores de Minas Gerais (ACI). O programa oferta cuidadores para pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social e saúde frágil, com aval das respectivas famílias. São objetivos do programa: prevenir ou retardar a institucionalização; fortalecer a função protetiva da família; reduzir internações hospitalares; reduzir risco de quedas/fraturas; favorecer a manutenção da independência e da autonomia; melhorar a qualidade de vida, tanto do idoso quanto da família; e qualificar e humanizar o cuidado no domicílio. Algumas funções do cuidador oferecido são: executar as rotinas de cuidado conforme orientação das unidades de saúde que cuidam dos pacientes; adaptar o ambiente onde vive o idosos para melhorar seu conforto e segurança, evitando quedas; orientar a família na organização do cuidado; contribuir para redução do estresse familiar e facilitar a convivência comunitária, atuando como elo entre a pessoa idosa, a família e a comunidade. Como resultado, foi possível perceber uma qualificação do cuidado domiciliar, com promoção do envelhecimento digno.

Município: Belo Horizonte, MG

Instituição Responsável: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Coordenação da experiência: Cristina Maria Sartini

E-mail da coordenação: csartini@hotmail.com

Telefone institucional: (31) 3277-9532

Parceiros: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), Secretaria Municipal de Assistência Social, e Associação de Cuidadores de Minas Gerais (ACI)

Ano de participação: 2013

Programa Acompanhante de Idosos da Secretaria de Saúde da Cidade de São Paulo

O Programa Acompanhante de Idosos (PAI) é uma modalidade de cuidado domiciliar biopsicossocial para pessoas idosas em situação de fragilidade clínica e vulnerabilidade social. Percebeu-se, antes e durante o projeto, que apesar das diferenças socioeconômicas serem claras entre as pessoas idosas atendidas, os problemas como isolamento social e falta de cuidados adequados são constantes e semelhantes. Os objetivos do projeto eram, entre outros: oferecer acompanhamento domiciliar e apoio às atividades da vida diária das pessoas idosas, sempre oferecendo cuidado e suporte, tanto a elas quanto também aos seus familiares e cuidadores; promover a autonomia, independência e integração social e melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, promovendo um envelhecimento sadio. Para se adequar ao projeto, a pessoa idosa precisava ter idade igual ou superior a 60 anos, ser dependente funcional para realizar as atividades da vida diária, ter mobilidade reduzida, com dificuldade de acesso aos serviços de saúde e ser ter suporte familiar e social insuficiente, com caso de exclusão social. As atividades são definidas por um Plano de Cuidados, sempre englobando os cuidados básicos, mas também possibilitando o acesso de campanhas específicas (como as de vacinação, por exemplo) e promovendo atividades externas (como visitas a amigos, interação com vizinhos etc.). Como resultado, percebeu-se a importância desse projeto para atender os idosos em situação de fragilidade, pois não só quebra as barreiras de acesso a saúde, mas também rompe com a exclusão social a qual muitas pessoas idosas estão submetidas.

Município: São Paulo, SP

Instituição Responsável: Secretaria de Saúde da Cidade de São Paulo

Coordenação da experiência: Sérgio Márcio Pacheco Paschoal e Sandra Cristina Coelho Teixeira

E-mail da coordenação: sppaschoal@prefeitura.sp.gov.br

Telefone institucional: (11) 3397-2228

Parceiros: Associação Saúde da Família, Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto e Superintendência de Atenção à Saúde do Serviço Social da Construção Civil

Ano de participação: 2013

Referências

AGUIRRE, Rosario. e cols. Los cuidados en la agenda de investigación y en las políticas públicas en Uruguay. **Revista de Ciencias Sociales**, v.1, n. 50, p. 43-60, 2014.

ARAUJO, A. B. **Políticas sociais, emoções e desigualdades: enredando o trabalho de cuidado de idosos em uma política pública municipal**. Tese (Doutorado em Sociologia e Antropologia). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2019.

BORN, Tomiko. Quem vai cuidar de mim quando eu ficar velha ? Dez anos depois: considerações sobre família, assistência médica, lugar para morar, (im)previdência social e outras coisas mais. **Revista Portal de Divulgação**, v. 17, p. 4–15, 2011

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção domiciliar: manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União, 2016.

CARRASCO, C.; BORDERÍAS ; C. ; TORNS, T. **El trabajo de cuidados: historia, teoría y políticas**. Madrid: Los libros de la Catarata, 2011.

CHACON, P. F. e cols. A percepção de familiares de idosos frágeis sobre grupos de cuidadores na atenção primária à saúde. **Rev Med Minas Gerais**, v.1, n. 26 (Supl 8), p.240- 246, 2016.

DAILY, MARY ; LEWYS, J. The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. **British Journal of Sociology**, v. 51 no 2, p. 281–298, 2000.

DEBERT, G. G. ; OLIVEIRA, A. M.. A profissionalização da atividade de cuidar de idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Ciência Política**, v. 18, p.7-41, 2015

DIGHIERO, K.B. **Las políticas y el cuidado en América Latina: una mirada a las experiencias regionales**. Santiago: Naciones Unidas / CEPAL, 2015.

DUARTE, Y. A. D. O.; DIOGO, M. J. D. (Org.). **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2005.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**, v. 24, n. 3, p. 180–188, 2008.

FIOCRUZ. Instituto de Informação e Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde. (ICICT). **Sistema de Indicadores de saúde e Acompanhamento de Políticas Públicas do Idoso (SISAP-Idoso)**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://sisapidoso.icict.fiocruz.br/>>. Acesso em: outubro de 2019.

FIOCRUZ. Saúde da Pessoa Idosa: boas práticas. **Atendimento Humanizado no Idoso Acamado do Programa Melhor em Casa, 2019**. Disponível em: <https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/atendimento-humanizado-no-idoso-acamado-do-programa-melhor-em-casa> . Acesso em outubro de 2019.

FIOCRUZ. Saúde da Pessoa Idosa: boas práticas. **Cuidados e atenção domiciliar: Cantando e encantando idosos, 2018**. Disponível em: <https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/cuidados-e-atencao-domiciliar-cantando-e-encantando-idosos>. Acesso em outubro de 2019.

FIOCRUZ. Saúde da Pessoa Idosa: boas práticas. **O Programa Acompanhante de Idosos, “PAI São Mateus”, 2017**. Disponível em: <https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/node/977>. Acesso em outubro de 2019

FIOCRUZ. Saúde da Pessoa Idosa: boas práticas. **Vínculo familiar e atuação da odontologia para a saúde integral da pessoa idosa em domicílio, 2018b**. Disponível em: <https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/vinculo-familiar-e-atuacao-da-odontologia-para-saude-integral-da-pessoa-idosa-em-domicilio>. Acesso em outubro de 2019.

GROISMAN, D. Formação de Cuidadores de Idosos: avanços e retrocessos na política pública de cuidados no Brasil. In: MOROSINI, M. V. et al.. (Org). **Trabalhadores Técnicos em Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 391–419, 2013.

KÜCHEMANN, B. A. Mulheres, **Estado e cuidados: tensões e desafios do feminismo**. Fazendo Gênero 9: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos.

Anais eletrônicos. Florianópolis: 2010. Disponível em: <<http://www.fazendogenero.ufsc.br>> Acesso em: outubro de 2019.

LINO, VT e cols. Prevalência de sobrecarga e respectivos fatores associados em cuidadores de idosos dependentes, em uma região pobre do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32 n.6, p. 1-14, 2016.

MELO, EA e cols. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, v. 42, número especial 1, p. 38-51, setembro 2018.

MOTA, B. **O fim do modelo multiprofissional na Saúde da Família?** Portal EPSJV/Fiocruz. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-fim-do-modelo-multiprofissional-na-saude-da-familia>. Acesso em fevereiro de 2020.

SANTOS, BF; GOMES, MR. Atenção Domiciliar à Saúde e a centralidade dos cuidados na família: coparticipação ou super responsabilização? **O Social em Questão**, v.1, n. 43 - Jan a Abr/2019, p.217-238, 2019.

Experiências exitosas em Reabilitação de Pessoas Idosas no SUS

*Mariane Coimbra Da Silva; Cristiana Ceotto Deslandes;
Karla Cristina Giacomini*

Introdução

O Brasil experimenta um aumento da proporção de idosos (pessoas com 60 anos ou mais) na população geral e da expectativa de vida ao nascer e após os 60 anos, com aumento da carga de doenças crônicas e de incapacidades funcionais. Tais mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população repercutem nas demandas por atenção à saúde (LIMA-COSTA *et al.*,2017).

Nesse sentido, Lima-Costa *et al.* (2017) afirmam que o crescente interesse na análise do perfil de idosos com limitações funcionais e o estudo das desigualdades associadas à utilização de serviços de saúde revela-se importante para o planejamento de políticas públicas resolutivas e coerentes com as necessidades dos cidadãos. A capacidade funcional é provavelmente a dimensão mais estudada da saúde dos idosos porque além dos impactos na vida pessoal e familiar, ela afeta as demandas por serviços de saúde e assistência social. (LIMA- COSTA *et al.*,2011). E, embora a maior parte dos idosos brasileiros (70%) sejam independentes e consigam gerir sua própria vida sozinhos, cerca de 30% apresentam dificuldades para realizar uma ou

mais atividades de vida diária; sendo que, deste total, 80% necessitam de ajuda para realizar pelo menos uma dessas atividades (BRASIL, 2017).

Dessa forma, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006) e o documento com as Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no Sistema Único de Saúde (SUS) recomendam o estabelecimento de uma linha de cuidados capaz de recuperar ou manter a autonomia e a independência funcional da pessoa idosa (BRASIL, 2014). No entanto, embora a presença de alguma incapacidade devesse servir como indicador e balizador de ações e de políticas desse grupo etário (PNSPI, 2017), as pessoas com incapacidade costumam ter o acesso aos serviços de saúde e a ações de promoção e prevenção mais limitado (GIACOMIN & FIRMO, 2015).

Além disso, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001 *apud* BRASIL, 2015), a reabilitação deve ser compreendida como um processo que objetiva a capacitação e o alcance do máximo potencial de habilidades físicas, sensoriais, intelectuais, psicológicas e de funcionamento social do sujeito. Para tanto, faz-se necessária a abordagem de profissionais de diversas categorias, com o intuito de auxiliar os indivíduos com alguma(s) incapacidade(s) na obtenção de independência e autonomia (BRASIL, 2015).

Assim, o presente capítulo busca apresentar elementos norteadores para políticas públicas de reabilitação e valorizar práticas exitosas na temática da reabilitação da pessoa idosa.

Panorama das políticas públicas

No campo da reabilitação de pessoas idosas, o trabalho tem como metas favorecer o envelhecimento saudável e funcional, diminuir o impacto das doenças crônicas na funcionalidade do indivíduo, bem como promover o resgate da máxima autonomia dos indivíduos após eventos agudos potencialmente incapacitantes (FERREIRA, 2016). A restauração do potencial funcional dos indivíduos, ou seja, o restabelecimento da capacidade de desempenho de atividades pode acontecer mesmo diante das alterações anatômicas, psíquicas e fisiológicas decorrentes de uma condição de saúde.

Diferentes ordenamentos jurídicos apoiam e determinam a oferta de ações e serviços na rede pública de saúde. Alguns deles serão apresentados a seguir.

No âmbito nacional, foi instituído em 2011, por meio do Decreto nº7612, o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite, com a finalidade de promover por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência nos termos da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo (BRASIL, 2011).

Posteriormente, em 2012, foi instituída a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) pela Portaria GM/MS nº793/2012 que propõe a ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde dessas pessoas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A RCPD tem como seus principais objetivos: promover cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências; desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências em todas as fases do ciclo de vida; ampliar a oferta de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção; promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com deficiência, por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária (em articulação com os órgãos de assistência social); promover mecanismos de formação permanente para profissionais de saúde; desenvolver ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da RCPD (BRASIL, 2012).

Mais especificamente no campo da saúde da pessoa idosa, foi publicado um documento do Ministério da Saúde (MS) (2017) com orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para a atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS, o qual ressalta a relevância da reabilitação no quadro de serviços de saúde pública para o envelhecimento saudável. Em consonância com a Portaria da RCPD, o documento afirma que as ações de reabilitação devem englobar desde a promoção da saúde e prevenção de agravos até a reabilitação pós alta hospitalar e os cuidados paliativos. No contexto da reabilitação de pessoas idosas, os profissionais da reabilitação devem realizar diferentes papéis (FERREIRA, 2016), conforme demonstrado na Figura 1.

Figura 1 - Papéis dos profissionais de reabilitação da Pessoa Idosa



Fonte: Elaborado pelas autoras.

A rede de reabilitação (Figura 2) deve ser abrangente, multidisciplinar e capaz de fornecer serviços bem articulados, para que consiga abordagem integral do usuário idoso, com vistas ao melhor nível funcional possível e de acordo com suas demandas e expectativas (SAMPAIO *et al.*, 2014, p.16).

Na Atenção Primária à Saúde, destacam-se as ações desenvolvidas pelos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), equipes multiprofissionais que apoiam as Equipes de Saúde da Família e Atenção Básica e asseguram um maior escopo de atuação e resolutividade destas. Em outros níveis de atenção encontram-se os Centros de Reabilitação (CER), equipes multiprofissionais e ambulatorios de reabilitação de Hospitais, e outros equipamentos específicos para o público idoso que podem estar ligados diretamente às instituições de saúde pública, mas também a universidades, organizações sociais, etc.

Apesar da relevância da Reabilitação para a Saúde da Pessoa Idosa, trata-se de uma estratégia de cuidado que merece ser mais bem conhecida e cujas práticas exitosas devem ser amplamente divulgadas.

Boas práticas de Reabilitação de Pessoas Idosas no SUS

O Mapeamento de Experiências Exitosas Estaduais e Municipais no campo do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa desenvolvido pela Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI/DAPES/SAS) do Minis-

tério da Saúde, em parceria com o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/Fiocruz) traz diversas experiências interessantes no campo da Reabilitação de Pessoas Idosas.

Dentre as experiências premiadas, destacam-se em ordem cronológica descendente:

- (2019) Oficinas de Tecnologia Assistiva para cuidadores de idosos realizadas por Terapeutas Ocupacionais de Natal, RN, que ensinam sobre adaptações, produtos e serviços de baixo custo que visam facilitar e auxiliar as atividades de vida diária de quem tem limitações funcionais.
- (2019) Atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos realizadas pelo Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, SP. Nesse local, encontra-se o Centro de Desenvolvimento e Promoção do Envelhecimento Saudável (CEDPES) responsável por mapear e avaliar a funcionalidade de pessoas idosas visando a inclusão de ações de manutenção, promoção da autonomia e independência na rotina desses sujeitos.
- (2019) Ações em parceria com a Academia da Saúde, como o grupo Alívio, realizado por profissionais do NASF-AB na cidade do Rio de Janeiro, RJ. Neste grupo são realizadas semanalmente por um período de 3 meses: atividades supervisionadas de reabilitação, movimentos sem carga, exercícios respiratórios, ativo-livre, coordenação e consciência corporal. Participam os seguintes profissionais: fisioterapeuta, massoterapeuta, dois Agentes Comunitários de Saúde e uma Técnica de Saúde Bucal. Duas vezes ao mês os usuários são inseridos em uma atividade conjunta com o Programa Academia Carioca para prática de exercícios mais intensos (aulas de dança, movimento com bastões e alongamentos mais amplos, por exemplo). O objetivo dessas atividades é promover a diminuição da dor e o ganho de amplitude de movimento da pessoa idosa.
- (2019) Alta hospitalar multiprofissional, organizada pelo Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), que tem como objetivo auxiliar pacientes previamente internados na

clínica médica do HU-USP a serem inseridos nas Redes de Atenção à Saúde, de modo que recebam atendimento de reabilitação em todas as áreas profissionais para as quais possuam demanda.

- (2018) Intervenções educativas realizadas pelo grupo UNICA - Fisioterapia e Reabilitação, em Mogi das Cruzes, SP. A equipe multiprofissional composta por nutricionista, fisioterapeuta, educador físico e arte-educador criou uma “Escola na Melhor Idade”, que propõe ações educativas focadas em três áreas principais: 1) Escola da coluna para dores em coluna vertebral (lombalgia, cervicgia e dorsalgia); 2) Escola da Musculatura do Assoalho pélvico (MAP) que tem como objetivo a realização de exercícios de conscientização e fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico para evitar e cuidar de problemas de incontinência urinária; 3) Escola do equilíbrio para queixas de perda de equilíbrio e prevenção de quedas.
- (2017) Adoção de modelo assistencial baseado na funcionalidade pelo Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso - CREASI de Salvador, BA. Com a implementação desse modelo não centrado na doença, mas na capacidade funcional, os idosos passaram a ser avaliados e estratificados de acordo com critérios clínico-funcionais para vinculação ao CREASI. A partir dessa mudança foi observada melhoria na articulação do cuidado com a atenção básica, melhoria no acompanhamento da trajetória do usuário na unidade e na rede, e diminuição do tempo para marcações das consultas.

Considerações Finais

O envelhecimento populacional é a maior conquista da humanidade. Porém, simultaneamente ao aumento do contingente de idosos, outros problemas crônicos são incorporados a uma agenda tradicionalmente organizada para atender demandas agudas, especialmente voltadas para a saúde materno-infantil. Assim, muitas pessoas associam a perspectiva de enve-

lherer àquela de adoecer e de conviver inexoravelmente com a incapacidade e a dependência, o que levaria a um aumento vertiginoso e inevitável de gastos com programas de saúde e sociais. Contudo, é possível interferir nessa perspectiva. Para tanto, são apresentados alguns exemplos exitosos que demonstram ser possível reabilitar, promover o envelhecimento ativo e favorecer a participação dos idosos na vida da comunidade.

Assim, o envelhecimento populacional desafia as famílias e a sociedade a encontrar soluções para estas questões que são tanto legais quanto éticas; tanto familiares e restritas ao âmbito privado, quanto dependentes diretas das políticas públicas de seguridade social, de modo a:

- assegurar condições para que as pessoas envelheçam bem, ou seja, promover o envelhecimento ativo ao longo de todo o curso da vida dos cidadãos brasileiros de todas as idades;

- reconhecer a velhice como uma fase natural da vida, em que cabem investimentos de diferentes políticas públicas;

- respeitar e fazer valer o Pacto pela Vida (SUS, 2006) que reconhece a população idosa como prioridade para o Sistema Único de Saúde e a funcionalidade como paradigma da saúde da pessoa idosa;

- ampliar o conceito de saúde na velhice e reconhecer a capacidade funcional como um componente essencial da saúde do idoso com implicações muito maiores para a vida do indivíduo do que o perfil de doenças que porventura ele possa apresentar;

- apoiar as pessoas idosas que não envelheceram de modo independente e que convivem com a incapacidade, por meio de ações intersetoriais e em tempo hábil que alcancem a pessoa idosa propriamente dita, sua família e a comunidade;

- implementar as políticas para o cuidado intermediário, especialmente úteis para a parcela com incapacidade, como centros-dia, hospitais-dia, unidades de reabilitação e uma filosofia de reabilitação durante as internações hospitalares, as quais, embora previstas na lei, inexistem para a grande maioria da população idosa brasileira;

– reconhecer e concretizar os direitos de cidadania da parcela idosa em relação a: acessibilidade; melhoria dos ambientes verdes da cidade, adaptação das residências às condições funcionais de seus moradores; revisão e ampliação dos critérios para garantia de renda mínima com extensão dos benefícios de prestação continuada aos idosos com incapacidade, mesmo que ainda não tenha sido atingida a idade de limite de 65 anos; inclusão de idosos em programas públicos de educação e de alfabetização gratuitos como parte das metas de educação do país;

– definir estratégias para a melhoria das condições de cuidado em instituições de longa permanência para idosos, que hoje representam uma alternativa para menos de 1% da população idosa; além de

– superar as dificuldades que envolvem a insuficiência no cuidado dos idosos, por meio da organização do cuidado formal de apoio à família, com ampliação da cobertura e do número de equipes da Estratégia Saúde da Família, em áreas envelhecidas da cidade, uma vez que muitos idosos com incapacidade moram em áreas ditas de baixo risco, mas também experimentam a vulnerabilidade social, cognitiva, física e funcional.

Indubitavelmente, os investimentos nas fases que precedem a velhice são fundamentais para garantir o envelhecimento em melhores condições. Porém, igualmente necessária é a inclusão imediata de investimentos em ações voltadas para a reabilitação da população de todas as idades, uma vez que é dever do poder público responder, em tempo hábil, às demandas da parcela da população idosa que evolui com alguma incapacidade, em algum momento de sua vida.

Resumo das Experiências de reabilitação de pessoas idosas no SUS

Oficina de Tecnologia Assistiva

O uso da tecnologia tem se tornado cada vez mais comum para facilitar a vida daqueles que possuem deficiências ou dificuldades de locomoção. O uso da chamada tecnologia assistiva vem para ajudar até mesmo nas atividades do dia-a-dia, a fim de promover o máximo de independência possível. Ainda que o uso desse tipo de tecnologia seja muito útil e capaz

de mudar vidas, os dispositivos costumam ter alto custo e, por isso, são inacessíveis para as comunidades de baixa renda. Considerando essa situação, o projeto visava treinar os cuidadores de idosos, a fim de que eles se tornassem capacitados para lidar com a tecnologia e, acima disso, para que saibam como produzir adaptações dos instrumentos dessa tecnologia que caibam no bolso. Logo, primeiramente, os cuidadores eram expostos a informações sobre a tecnologia assistiva e, em um segundo momento, eram convidados a realizar, em grupos, a confecção de adaptações dos instrumentos de tecnologia assistiva, mas usando materiais de baixo custo, como EVA, PVC e papelão. Essa capacitação faz com o que os cuidadores tenham capacidade de reproduzir os instrumentos nos próprios domicílios, propicia as pessoas idosas o aumento da independência e faz com que o SUS possa usar instrumentos tecnológicos incríveis sem precisar de quase nenhum aporte financeiro. Como resultado, os cuidadores se tornam mais capacitados para lidar com seus assistidos, aumentando a independência deles e lhe dando uma melhor qualidade de vida. O projeto deu tão certo que foi até mesmo premiado no Concurso Talentos da Maturidade, promovido pelo Grupo Santander Brasil, na categoria Programas Exemplares, nos anos 2009 e 2010.

Esfera: Municipal

Município: Natal, RN

Instituição Responsável: SAD/ SESAP

Coordenação da experiência: Riudete Martins de SOUSA SAD SESAP

E-mail da coordenação: riudete_sousa@hotmail.com

Telefone institucional: (84)32324359

Parceiros: SESAP / SAD

Ano de participação: 2015

Autonomia e inclusão: Centro de Desenvolvimento e Promoção do Envelhecimento Saudável (CEDPES)

Apesar de ter sido selecionado apenas em 2013, o projeto do Centro de Desenvolvimento e Promoção do Envelhecimento Saudável (CEDPES) existe desde 2009. Seu objetivo inicial foi tirar o foco da doença e colocá-lo

na saúde. Ou seja, no lugar de atuar como contenção, o objetivo era atuar como prevenção. Portanto, o objetivo do projeto era mapear e avaliar a funcionalidade do cuidado com a pessoa idosa, visando incluir atividades que possam manter e promover a autonomia da pessoa idosa. Para isso, o CEDPES realiza atividades para promover o envelhecimento saudável e se dedica a pesquisas. Para participar, a pessoa idosa só precisa se inscrever e será avaliada e encaminhada para as atividades. Há uma avaliação periódica para que seja possível acompanhar as evoluções e a frequência dos participantes. Os resultados do centro são muito satisfatórios. As pessoas idosas acompanhadas relataram que sentiram melhorias em todos os aspectos da sua vida cotidiana, não só em sua saúde. Foi notável a diminuição no índice de quedas e a melhoria das relações interpessoais.

Município: São Paulo, SP

Instituição Responsável: Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Coordenação da experiência: Wilson Jacob Filho

E-mail da coordenação: wiljac@usp.br

Telefone institucional: (11) 2661-6639

Parceiros: Subprefeitura de Pinheiros do Município de São Paulo

Ano de participação: 2013

Condições de saúde, perfil sociodemográfico e qualidade de vida

Esse projeto visava um público-alvo bem específico: idosos que fazem parte de uma ex-colônia de hanseníase. A hanseníase sempre foi uma doença que gerou muita marginalização, mas não é de hoje que existe cura. Todavia, as pessoas idosas têm dificuldade de entender que estão curadas e mais dificuldade ainda de retomar sua rotina e, com isso, sua qualidade de vida. O projeto conta com o uso de dois relatórios com informações socio-demográficas das pessoas idosas. Percebeu-se com esses dados que a maior parte dos estudados tem entre 69 e 73 anos, tem ensino fundamental incompleto e são casados. Os estudos também demonstraram que as pessoas idosas em questão consideram que a saúde deles é boa, mas que poderia

ser melhor. Essa situação mostra que é necessário que haja políticas públicas especiais para esse setor de pessoas idosas, ainda mais marginalizadas, para que o envelhecimento desse grupo seja saudável não só com relação às sequelas da doença, mas também ao processo normal de envelhecimento.

Esfera: Municipal

Município: Itaboraí (RJ)

Instituição Responsável: Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

Coordenação da experiência: Ana Claudia Meirim Krivochein-HETM/SVS/SES RJ

E-mail da coordenação: pgg.hetm@gmail.com

Telefone institucional: (21) 36373845

Parceiros: Centro de Pesquisa em Envelhecimento (CEPE); Universidade Federal Fluminense (UFF); Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP).

Ano de participação: 2015

Acessibilidade para todos - Ambiência urbana e capacidade funcional: uma relação para senescência saudável dos idosos que migraram para a região da Amazônia Legal

Apesar de ainda ser uma jovem cidade (fundada em 1974), Sinop pode se tornar, muito em breve, uma “cidade amiga do idoso”, segundo os critérios da Organização Mundial de Saúde. Essa constatação foi o estopim da ideia da cartilha que foi premiada: Ambiência urbana: acessibilidade para todos os idosos. A cartilha surgiu como parte da dissertação de mestrado de Rosângela Guerino Masochini, que entrevistou mais de 110 pessoas com foco em entender o perfil das pessoas idosas da região e quais são os serviços urbanos especiais para promoção da saúde do idoso existem na região pesquisada. Ficou constatado que a ambiência urbana é fundamental para preservação da capacidade funcional da pessoa idosa, durante seu processo de envelhecimento. A proposta da cartilha foi, justamente, reproduzir os resultados via impressão e reprodução.

Município: Sinop, MT

Instituição Responsável: Universidade Federal do Mato Grosso

Coordenação da experiência: Rosângela Guerino Masochini

E-mail da coordenação: rguerino320@hotmail.com

Telefone institucional: (66) 3531-2458

Ano de participação: 2014

Referências

BRASIL. **Decreto No7.612**. 2011 Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm

BRASIL. **Portaria No793**, de 24 de Abril de 2012. 2012 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html

BRASIL. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral**. 2014 Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf

BRASIL. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Traumatismo Cranioencefálico**. 2015 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de

BRASIL **Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_traumatismo_cranioencefalico.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de cuidados para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2017. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/13/Linha-cuidado-VERSAO-CONSULTA-PUBLICA-07nov2017.pdf>

GIACOMIN, K.C; FIRMO, J.O.A. Velhice, incapacidade e cuidado na saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3631-3640, 2015.

FIOCRUZ. **Mapeamento de Experiências Exitosas Estaduais e Municipais no Campo do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Disponível em: <https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br>

FERREIRA, M.S. **Contribuições da Reabilitação Geriátrica: da prevenção ao resgate funcional.** Albert Einstein – Hospital Israelita. São Paulo. 33p., 2016.

LIMA-COSTA, MF *et al.* Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003,2008). **Ciência & saúde coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3689-3696, 2011.

LIMA-COSTA, MF *et al.* Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

SAMPAIO *et al.* **Reorientação do modelo assistencial da Rede de Reabilitação SUS-** Belo Horizonte: caderno de apoio. Belo Horizonte: Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional/UFMG. 60p., 2014.

Prevenção de agravos e doenças crônicas não transmissíveis no SUS

Deborah Carvalho Malta; Alanna Gomes da Silva; Ísis Eloah Machado

Envelhecimento e Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Seguindo a tendência mundial, observam-se, no Brasil, mudanças no perfil das doenças da população. A transição demográfica acarretou diminuição das taxas de fecundidade e natalidade e aumento progressivo na expectativa de vida e a transição epidemiológica ocasionou modificações no perfil de morbimortalidade e dos padrões de saúde e doença, com a redução das doenças infecciosas, parasitárias e aumento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), acidentes e violências (ARAÚJO, 1992; MALTA *et al.*, 2015).

As DCNT, principal componente do aumento da carga de doenças pelo envelhecimento populacional causam um importante impacto financeiro ao governo, empresas e à sociedade, em função das mortes prematuras, incapacidades, tratamento e redução da produtividade. Estima-se anualmente que 41 milhões de mortes no mundo (71% de todas as mortes) são decorrentes das DCNT (WHO, 2018). No Brasil, correspondem aproximadamente 72% da mortalidade total e constituem como o problema de

saúde de maior magnitude, atingindo indivíduos de todas as classes socioeconômicas. Entretanto, afetam de maneira mais intensa aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como as pessoas idosas, os de baixas escolaridade e renda (MALTA *et al.*, 2015). A epidemia das DCNT resulta em maior e mais prolongado uso de serviços de saúde, trazendo a necessidade de repensar estratégias para oferta desses serviços (BRASIL, 2005; BRASIL, 2011; MORAES, 2012).

O aumento das DCNT, especialmente as doenças cardiovasculares, os cânceres, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes mellitus reflete alguns efeitos negativos do processo de globalização e o crescimento dos seus principais fatores de risco (tabagismo, a inatividade física, o uso abusivo de álcool e dietas não saudáveis). Ademais, as DCNT são influenciadas pelas condições de vida e não apenas por escolhas individuais e, portanto, necessitam de uma abordagem sistemática para sua prevenção, cuidado e tratamento.

Panorama das DCNT, dos fatores de risco e proteção na população idosa no Brasil

O Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) é um estudo transversal de base populacional, que monitora anualmente a frequência e distribuição dos principais determinantes das DCNT da população adulta, com idade igual ou maior a 18 anos, residente nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, por meio de entrevistas telefônicas.

A Tabela 1 traz indicadores de saúde, segundo Vigitel, entre os anos de 2006 e 2017. Considerou-se para as análises deste capítulo os indivíduos com 65 anos e mais. Para estimar as tendências utilizou-se o modelo de regressão linear e o nível de significância de 5%.

Tabela 1 - Tendências das prevalências dos indicadores em idosos com idade de 65 anos e mais. Brasil. Vigitel, 2006 a 2017.

INDICADORES	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	p-valor	Inclinação
Fumantes	9,4	8,5	9,3	8,4	8,1	9,0	7,6	6,9	8,1	8,2	7,7	7,3	0,007	-0,156
Ex-fumantes	34,3	37,5	35,4	36,1	38,8	35,4	33,6	37,0	34,9	35,8	37	34,2	0,682	-0,056
Consumo ≥20 cigarros por dia	2,5	2,6	3,9	1,9	2,3	3,8	2,9	2,6	2,4	2,7	2,3	2,3	0,478	-0,038
Fumantes passivos no domicílio	-	-	-	10,1	10,8	8,7	9,0	8,2	7,5	6,7	4,9	5,6	<0,001	-0,687
Fumantes passivos no trabalho	-	-	-	2,8	2,1	2,5	2,3	2,5	2,5	2,1	2,5	2,3	0,456	-0,023
Baixo peso (IMC <22,5kg/m2)	20,3	20,2	19,2	18,3	17,8	17,1	15,9	16,5	15,6	16,1	15,3	15,4	<0,001	-0,484
Excesso de peso (IMC ≥ 27 kg/m2)	35,1	33,4	36	37,3	37,9	37	38,6	39,4	39,7	39,8	40,3	41,8	<0,001	0,631
Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m2)	16,8	14,9	17,4	17,7	19,4	17,7	19,0	20,2	19,8	19,4	20,3	20,3	<0,001	0,403
Consumo de frutas e hortaliças recomendado	-	-	26,2	25	22,2	29,9	28,4	26,8	27,8	27,3	28,2	26,9	0,249	0,281
Consumo de refrigerante ≥ 5 dias por semana	-	17,0	11,2	13	12,9	14,1	12,1	11,4	10,1	9,4	9,9	7,8	0,001	-0,639
Consumo de feijão ≥ 5 dias por semana	-	-	-	-	-	62,1	63,0	61,8	62,0	59,7	60,3	58,7	0,008	-0,632
Atividade física no tempo livre	-	-	-	22,6	20,7	22,5	23,6	22,3	22,8	23,5	22,3	23,3	0,214	0,147
Fisicamente inativos	38	34,7	37,4	37	37,1	32,1	35,8	38,4	38,2	37,5	36,1	35,2	0,933	-0,014
Consumo abusivo de bebidas alcoólicas	2,5	2,7	3,3	4,1	4,4	4,5	5,0	4,0	3,8	3,7	4,6	3	0,236	0,081
Auto avaliação do estado de saúde como ruim	9,2	7,8	9,2	8	7,2	9,2	8	8,5	6,9	7,3	7,5	6,4	0,018	-0,173
Realização de mamografia nos últimos dois anos	-	64,1	67,5	68,1	65,7	68	69,2	73,5	71,7	73	79	73,8	<0,001	1,152
Autorreferiram diagnóstico médico de hipertensão arterial	-	-	-	-	60	59,7	59,2	60,4	59,9	59,6	64,2	60,9	0,165	0,351
Autorreferiram diagnóstico médico de diabetes	19,2	18,6	21,2	22,4	21,9	21,4	22,9	22,1	24,4	22,6	27,2	23,5	0,001	0,513
Conseguem medicação para hipertensão pela farmácia popular	-	-	-	-	-	9,9	12,6	11,5	11,1	13,4	16,5	15,9	0,012	0,989

Os fatores de risco para DCNT estão disseminados na sociedade. Estes iniciam-se precocemente e se estendem ao longo do ciclo vital. Portanto, o manejo das DCNT entre a população idosa exige uma abordagem abrangente, incluindo intervenções preventivas e assistenciais.

Políticas públicas de saúde para a população idosa e DCNT

Existem inúmeras evidências de que o impacto das DCNT e seus fatores de risco podem ser revertidos por meio de intervenções integradas, amplas e custo-efetivas de promoção de saúde, as quais beneficiam a maioria da população, não se restringindo aos doentes.

As ações de promoção da saúde do idoso ocorreram principalmente a partir do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), que regulamenta os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos que vivem no Brasil, tais como saúde, garantia ao alimento, à educação, cultura, esporte e lazer. Outro marco importante foi a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria de Consolidação GM/MS Nº 2, de 28 de setembro de 2017) e dentre suas diretrizes, traz o envelhecimento ativo, saudável e atenção integral à saúde da pessoa idosa.

Menções ao envelhecimento também são observadas na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), com objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes.

Em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022 traz no eixo de promoção da saúde, a implantação de um modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo, favorecendo ações de promoção da saúde e prevenção.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou um conjunto de intervenções baseadas em evidências (*Best buys*) para prevenção das DCNT, sendo altamente econômicas, viáveis e apropriadas para implementar nos sistemas locais de saúde (WHO, 2017). Alinhadas a essas diretrizes, no Bra-

sil, inúmeras medidas de promoção, prevenção e tratamento das DCNT foram implementadas e esses avanços têm efeitos significativos na redução dos fatores de risco e aumentos dos fatores de proteção para as DCNT.

Experiências exitosas para a prevenção das DCNT em idosos no SUS

Até 2018, foram várias experiências exitosas e premiadas nesta categoria. Dentre as ações para prevenção das DCNT na população idosa, destaca-se o Programa Academias da Saúde (PAS) em 2011, tendo como principal objetivo a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis (BRASIL, 2011). A maioria dos polos desenvolve atividades com a participação de adultos (99,0%) e pessoas idosas (97,0%) (BRASIL, 2018). Em 2014, o Ministério da Saúde lançou o Guia Alimentar para a População Brasileira, contendo informações e orientações sobre escolha, preparo e consumo de alimentos, além do Plano Nacional de Redução de Sódio em Alimentos Processados.

Experiências de Boas Práticas em Gestão Pública no campo do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa estão presentes em todas as regiões do Brasil, como os projetos: “Longevidade: a vida em movimento”, no Centro-Oeste; “Caminhando com Saúde”, no Sudeste; “De Geração Para Geração: Valorizando A Herança Cultural”, na região Sul; “Viva Mais: exercícios físicos e orientações nutricionais com princípios funcionais”, na região Norte (BRASIL, 2019).

Considerações finais

As pessoas idosas apresentam características peculiares quanto à apresentação, início e desfecho dos agravos em saúde, além da maior vulnerabilidade a eventos adversos e iatrogenias. Por isso, necessitam de inter-

venções multidimensionais e multissetoriais com foco na prevenção, no cuidado e tratamento. A atenção à pessoa idosa implica a construção de um novo paradigma das práticas de saúde, que vão além da relação ao modelo biomédico, focado na doença e na cura.

Apesar dos importantes avanços nas ações de prevenção e promoção da saúde, ainda há necessidade de investimento em políticas custo-efetivas para deter o crescimento das DCNT na população idosa, aumentar o acesso à assistência e às políticas de promoção, prevenção e vigilância. Além disso, torna-se fundamental atuar de forma a reduzir as iniquidades em saúde, garantindo acesso às tecnologias de saúde a toda a população, em especial aos grupos mais vulneráveis.

Resumo das Experiências de prevenção e agravos de DCNT no SUS

Longevidade e vida em movimento

O projeto foi criado como forma de promoção de saúde, envolvendo cuidados integrais, empoderamento do usuário, prevenção de doenças e fatores de risco, focando as questões das pessoas idosas e do processo de envelhecimento. A ideia original do projeto era de que, em primeiro lugar, a prevenção é o pilar para promoção de um processo de envelhecimento saudável. Além disso, também se percebeu que havia algumas doenças comuns entre a população vulnerável da região, o que fez com que aparecesse a necessidade de gerar um projeto que envolvesse servidores, pacientes e a própria comunidade, a fim de promover um envelhecimento saudável e evitar surtos de doença. Assim sendo, a ideia foi estimular o empoderamento da pessoa idosa, fortalecendo os vínculos entre ela e a sociedade. O projeto tem seis estações, que buscam desenvolver atividades para promoção da saúde e engajar toda sociedade, especialmente as pessoas idosas e seus familiares. A primeira estação é a estação “Movimente-se”, onde ocorrem atividades físicas, como grupos de ginástica e o circuito multissensorial. A

segunda estação é a estação “alimentação saudável”, onde são desenvolvidas atividades que ajudam as pessoas idosas e suas famílias a se alimentar melhor, dando orientações nutricionais e dicas de receitas, hortas, temperos etc. Na terceira estação, que se chama “Caça do Mosquito”, a ideia é trazer o conteúdo da busca por criadouros de mosquito de forma lúdica, baseado na lógica da caça ao tesouro. A quarta estação é a estação “Ativamente”, onde se busca resgatar as brincadeiras da infância a fim de fortalecer os vínculos familiares, além de gerar trocas intergeracionais. A quinta estação tem como objetivo educar sobre as doenças sexualmente transmissíveis e como evitá-las. Por isso, ela se chama “O Amor está no ar”. Por fim, a sexta estação se chama “Meu Direito” e tem como objetivo ensinar a população sobre seus direitos básicos. Todas as estações acontecem de forma contínua e concomitante, em uma espécie de feira da saúde. Como resultado, percebeu-se uma maior empoderamento das pessoas idosas e maior vínculo da sociedade com as equipes das Unidades Básicas de Saúde onde o projeto foi realizado.

Esfera: Estadual

Município: Brasília, DF

Instituição Responsável: SES/DF

Coordenação da experiência: Angela Maria Sacramento

E-mail da coordenação: sacrapesquisa@gmail.com

Telefone institucional: (61) 3351-1157

Ano de participação: 2018

Viva Mais: Práticas de exercícios físicos e orientações nutricionais com princípios funcionais para a melhoria de qualidade de vida

O projeto foi desenvolvido pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) objetivando atuar na mudança de hábitos e na conscientização do que é uma vida saudável. A necessidade foi constatada na medida em que se visualizou um aumento da demanda de atendi-

mento nas unidades de saúde de pessoas idosas com sequelas de acidente vascular cerebral, uma maior incidência de infarto agudo do miocárdio e aumento na busca pelo tratamento de hemodiálise. Um dos objetivos foi diminuir essas incidências, mas o foco foi especialmente em melhorar a aptidão física, fazer um controle dos índices de saúde e trabalhar com a prevenção de doenças. As metas eram reduzir a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, aumentar a prática de atividades físicas e expandir o projeto para todas as estratégias vinculadas à saúde da família. No centro e em algumas comunidades, o projeto acontece uma vez na semana. Nas demais comunidades, ele acontece quinzenalmente. Além das conversas sobre orientação nutricional e importância da prática de esportes, também são feitas atividades físicas, medição de alguns índices de saúde e encontros terapêuticos. Como resultados, houve uma melhoria geral na qualidade de vida e na saúde das pessoas idosas contempladas pelo projeto.

Esfera: Municipal

Município: Ourém, PA

Instituição Responsável: Secretaria Municipal de Saúde

Coordenação da experiência: GISELLE CRISTINA SANTOS ROCHA

E-mail da coordenação: grnutricao@gmail.com

Telefone institucional: (91) 3467-1101

Ano de participação: 2018

“Caminhando com Saúde”. Promoção da atividade física na terceira idade para melhorar a qualidade de vida física e mental.

O objetivo do projeto foi implantar um programa de atividades físicas que fossem adequadas para a população idosa da região. A realização das atividades físicas é fundamental para o envelhecimento saudável nessa nova realidade em que a população está extrapolando as expectativas de vida e envelhecendo. Portanto, os objetivos incluíram estabelecer um grupo de atividade física para as pessoas idosas, com acompanhamento médico, psíquico e biológico, a fim de verificar quais as melhores atividades para

cada um. Além disso, também se buscou criar uma série de atividades educativas para os idosos, a fim de que eles pudessem entender mais sobre o próprio processo de envelhecimento. Por fim, também se objetivou melhorar a saúde das pessoas idosas, seja melhorando os quadros de dor, a autoestima ou controlando as doenças crônicas não transmissíveis. Como resultado, percebeu-se que mesmo as pessoas idosas que já iniciaram o projeto com alguma patologia associada, conseguiram melhorias e perceberam a importância da prática do exercício para controle e prevenção das patologias. Além disso, houve também uma significativa melhora na autoestima da população idosa, com a socialização e mudança no estilo de vida que as atividades físicas trouxeram. No longo prazo, é possível imaginar que o valor gasto pelo município em medicamentos e consultas será reduzido, além do maior nível de informação e empoderamento da população idosa, impactando positivamente todos a sua volta.

Esfera: Municipal

Município: São João da Barra, RJ

Instituição Responsável: Secretaria Municipal de Saúde PSF Atafona

Coordenação da experiência: PSF Atafona

E-mail da coordenação: edupermanentesjb@gmail.com

Telefone institucional: (22) 2741-1233 / 2741-1689

Ano de participação: 2018

Cuidados à Pessoa Idosa em Uso Abusivo de Álcool

O CAPS AD III Dr. Afrânio Soares, onde se realizou o projeto, tem o foco em atenção psicossocial para cuidados de saúde relacionados com o uso abusivo de álcool e outras drogas. Nos primeiros meses de atuação do CAPS, a quantidade de idosos que ia buscar o serviço por uso indevido e prejudicial do álcool chamou atenção e, por fim, levou à percepção de que seria necessário algum projeto especial para essa faixa populacional. Pensando nisso, o projeto foi criado como uma forma de estimular as pessoas idosas a participar de atividades que proporcionem uma retomada do sentido à vida e que sejam capazes de afastá-los do uso desenfreado do álcool ou de outras drogas. Portanto, os objetivos foram promover ações de

resgate de vida para as pessoas idosas que fazem uso prejudicial de álcool e realizar um acompanhamento clínico para auxiliar a reabilitação daqueles que estão em processo de dependência. Como resultado, foi possível observar melhora na autoestima das pessoas idosas que participaram do projeto, que recuperaram sua percepção de que a vida ainda vale a pena ser vivida. Eles voltaram a se sentir donos do próprio destino e se sentiram melhores para fazer projetos para o futuro e dignos de cuidar de sua saúde. Além disso, também se verificou um maior retorno dessas pessoas idosas ao convívio com suas famílias e a busca pela retomada dos estudos, muitas vezes abandonados no passado.

Esfera: Municipal

Município: Manaus, AM

Instituição Responsável: Caps ad III Drº Afranio Soares – SEMSA

Coordenação da experiência: Débora Ramos

E-mail da coordenação: lucianaoliveira.lopes@pmm.am.gov.br

Telefone institucional: (092) 98842-8360

Ano de participação: 2017

Idosos em ação

O fato de existir uma alta proporção de pessoas idosas na população do município foi o que deu o estalo para a criação desse projeto. O objetivo foi reorganizar a atenção básica à saúde para que ela fosse capaz de atender as necessidades dessa faixa etária. Para que isso fosse possível, foi necessário envolver diversos setores, como os serviços de referência e a própria Estratégia de Saúde da Família. Os objetivos eram cuidar de algumas questões muito recorrentes nos idosos, como doenças crônicas não transmissíveis; quedas e falta de qualidade de vida. As atividades do projeto foram realizadas na quadra de esportes e na área externa da região, combinando atividades físicas acompanhadas por fisioterapeuta com monitoramento da saúde por outros profissionais. Como resultado, verificou-se uma diminuição na busca pelo setor de quedas, melhoria no controle de hipertensão e glicemia e diminuição, em geral, da demanda pelas pessoas idosas das unidades básicas de saúde locais.

Esfera: Municipal

Município: Pancas, ES

Instituição Responsável: Secretaria Municipal de Saúde

Parceiros: Secretaria De Esportes Lazer e Turismo

Coordenação da experiência: NATALIANA DIOGO BUTZLAFF

E-mail da coordenação: saude@pancas.es.gov.br

Telefone institucional: (27)3726-1006

Ano de participação: 2017

Projeto Viva Feliz

Os servidores e funcionários da região perceberam que havia um grande fluxo de pessoas idosas que iam à busca de tratamento para diversas doenças nas unidades de saúde, mas que também havia muitas pessoas idosas que apareciam no local simplesmente para conversar com os médicos e enfermeiras, ainda que não estivessem doentes. Pensando em melhorar a qualidade de vida de todas essas pessoas idosas, criou-se o projeto Viva Feliz, com o objetivo de ofertar serviços, ações de saúde e estimular o autocuidado, contribuindo para promover que o processo de envelhecimento aconteça de forma saudável, a socialização, os laços de amizade e de respeito. O projeto visava melhorar os indicadores de morbimortalidade das pessoas idosas por meio das atividades físicas, compartilhamento de informações e interação social. Em paralelo, também foram feitos esforços em conjunto com a Secretaria Estadual de Educação para que fosse aberta uma turma de alfabetização, a fim de gerar mais independência e oportunidades de trabalho. No decorrer do projeto, percebeu-se que houve uma mudança positiva no padrão de vida das pessoas idosas da região, que ficaram com a saúde melhor, com doenças controladas e se sentindo mais empoderados, seguros e independentes.

Esfera: Municipal

Município: Itumbiara, GO

Instituição Responsável: Secretaria Municipal de Saúde de Itumbiara

Coordenação da experiência: Amauri Chaves

E-mail da coordenação: elibina_@hotmail.com

Telefone institucional: (64) 99234-9496

Parceiros: Universidade Ulbra, Colégio Tecnológico, Colégio Estadual Adoniro Martins E Instituto Federal De Goiás

Ano de participação: 2016

Cuidado Integral do Idoso: um enfoque multiprofissional

O projeto surgiu como uma forma de planejar um cuidado integral com as pessoas idosas da comunidade, englobando tanto o bem-estar físico, quanto o emocional. O projeto já tem muitos anos de existência, com dinâmicas conduzidas por profissionais facilitadores, que debatem temáticas pertinentes a essa faixa etária. A ideia também é realizar passeios, piqueniques e festas, promovendo o vínculo entre as pessoas idosas participantes e aos agentes de saúde. Por exemplo, a região conta com a tradicional festa junina, que já ocorre há mais de cinco anos. Além disso, também se realizam atividades físicas e visitas domiciliares àqueles idosos que estão enfermos e precisam de cuidado especial. A visita tem o intuito não só de fazer as verificações de saúde, mas também de promover o bem-estar emocional e a qualidade de vida, envolvendo, por exemplo, musicoterapia, contação de histórias e outras atividades. Os encontros se dão, pelo menos, uma vez por mês e os participantes recebem um convite especial, elaborado pela equipe, que é entregue pelo seu agente comunitário de saúde. Como resultado, percebeu-se diminuição nos atendimentos ambulatoriais, maior adesão aos tratamentos medicamentosos e maior socialização entre os idosos.

Esfera: Municipal

Município: Rio Branco, AC

Instituição Responsável: Unidade Básica de Saúde Rosa Maria dos Santos

Coordenador da experiência: Lucas de Sousa Gomes; Marisol Pinheiro Damasceno Pontes; Mirla Jéssica Sampaio de Oliveira; Yara Peres; Valcicléa Ferreira Pereira.

E-mail da coordenação: modulojardimprimavera@gmail.com

Telefone institucional: (68) 3227-2877

Ano de participação: 2016

Detecção precoce da doença renal crônica em idosos

Verificou-se, com base em uma pesquisa realizada pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano, que existia uma fragilidade de ações direcionadas à prevenção e detecção de doenças crônicas, especialmente entre a população de pessoas idosas. Essa situação tinha como consequência o fato de que era mais difícil prevenir esse tipo de doença ou tratá-la nas primeiras fases, quando normalmente ainda é assintomática. Foi dado destaque, em especial, para uma doença com muita incidência na região: a doença renal crônica (DRC) em idosos. O projeto disponibilizou exames laboratoriais gratuitos e atividades educacionais, realizadas em conjunto com os alunos de iniciação científica que desenvolveram atividades lúdicas e de conscientização. Algumas dessas atividades são destacadas: Feira de Saúde, elaboração de jogos (Jogo das Faces e Jogo do Tabuleiro), folders educativos, livro de orientação nutricional, material didático “Bolsa Inteligente”, painel expositivo “Sal, gordura e açúcar”, distribuição kit “Sal de ervas” e livro de receitas “Sabor com Criatividade: um toque de saúde em sua Vida”. A conexão entre as pessoas idosas e os estudantes da universidade parceira se mostrou fundamental para o sucesso do projeto, impactando positivamente todos os envolvidos. Depois da identificação dos casos de doença renal crônica, as orientações para o cuidado e tratamento eram dadas pela equipe de saúde por meio de uma visita ao domicílio da pessoa idosa com a patologia. Desta forma, se faz possível ver quais são as reais condições de vida e as necessidades especiais de cuidado. Como resultado, verificou-se que houve uma melhoria na forma como a pessoa idosa se enxerga e como seus familiares também interagem. A sensibilização do idoso e de familiares proporcionou descobertas sobre novas formas de ver a saúde e dar valor à saúde com um bem essencial para preservação da longevidade. O projeto continua com o intuito de rastrear precocemente casos de DRC na comunidade e tratando os demais com acompanhamento de médico nefrologista. A conscientização sobre a doença, formas de controle e de evitar, continua sendo realizada através de subprojetos correlacionados.

Esfera: Municipal

Município: Belo Horizonte, MG

Instituição Responsável: Escola de Enfermagem / UFMG

Coordenador da experiência: Sônia Maria Soares

E-mail da coordenação: smsoares.bhz@terra.com.br

Telefone institucional: (031) 3409-9827

Parceiros: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, FAPEMIG, CAPES

Ano de participação: 2016

Projeto Alegria e Movimento

O Grupo “Alegria e Movimento” foi criado com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas da comunidade. A região tinha um grande índice de idosos hipertensos, diabéticos, sedentários e fazendo elevado uso de antidepressivos. Seu foco principal são atividades que envolvem a dança, pois esta é uma atividade aeróbica, que envolve frequência cardíaca, musculatura, articulações, respiração e ainda melhora o equilíbrio, a coordenação motora, a postura e aumenta a autoestima. Portanto, é um exercício que interliga corpo e mente, além de ser de baixo custo e fácil de ser executada, mesmo para pessoas idosas portadoras de alguma patologia, como doenças cardíacas ou metabólicas. O objetivo do projeto é, não só, estimular a prática de atividade física, mas também criar vínculos e sociabilização entre as pessoas idosas. Em paralelo com as atividades de dança, também são feitas atividades de meditação, aquecimento, alongamento e caminhadas prévias e um desaquecimento com relaxamento muscular depois da dança. Mesmo quem tem dificuldade de movimento com os membros inferiores pode participar das danças, ficando sentados em cadeiras e fazendo os movimentos adaptados, sem que seja preciso colocar o seu peso sobre as pernas. Os resultados de curto prazo foram o aumento da autoestima dos participantes, redução dos níveis de dor, sensação de bem-estar e maior vínculo entre as pessoas idosas participantes. Além disso, também houve uma melhora na pressão arterial dos participantes.

Esfera: Municipal

Município: Ipira, SC

Instituição Responsável: Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social

Coordenador da experiência: Enir Janete Zimmer

E-mail da coordenação: saude@ipira.sc.gov.br

Telefone institucional: (049) 3558- 0788

Ano de participação: 2015

Qualidade de vida na terceira idade

O programa surgiu a partir da necessidade e o compromisso de oferecer melhor qualidade de vida para as pessoas idosas da região. A ideia era incentivar as pessoas idosas a procurarem uma vida saudável, por meio de atividades que contribuam para sua autonomia, saúde e integração social, trazendo a pessoa idosa e seus familiares para conviver entre eles e com a sociedade. O processo de criação do projeto se deu a partir das discussões do primeiro fórum de direitos do idoso de Parintins, onde foram debatidos durante três dias temas correlacionados com essa faixa etária populacional. Por exemplo, atividades físicas, saúde e direitos. As atividades envolvem hidroterapia, fisioterapia, massoterapia, sessões de filmes e sessões de jogos, com o uso de baralhos e dominós. Os resultados obtidos mostraram uma melhoria na qualidade de vida, transformando a vida das pessoas idosas em mais ativa e com melhor convívio social. Todas as atividades foram cruciais para que as pessoas idosas se sentissem melhor e mais aptas a realizar as atividades de suas vidas diárias.

Esfera: Municipal

Município: Parintins, AM

Coordenador da experiência: Arianne Nunes Lobato, Ruth Abecassis, Tania Tavares Fonseca

E-mail da coordenação: arianne_23fisio@hotmail.com

Telefone institucional: (92) 991831419

Parceiros: SEMASTH, Prefeitura Municipal de Parintins, Secretaria de Saúde

Ano de participação: 2015

O ACS e o envelhecimento ativo

Wessópolis é o bairro mais populoso do município de Pinhais e, pensando na população idosa dele, os agentes comunitários de saúde começaram a fazer um mapeamento daquilo que eles estavam procurando e desejando. Durante o diálogo com as pessoas idosas de Wessópolis, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) perceberam que havia interesse e demanda por praticar mais atividades físicas. Além disso, as equipes da saúde da família que atuam na região colaboraram com o Programa “Hiperdia”, que é destinado a cadastrar e acompanhar as pessoas com hipertensão arterial ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do SUS (Sistema Único de Saúde). Por meio desse cadastramento e acompanhamento, o diálogo foi mais fácil e permitiu uma melhor possibilidade de desenhar o projeto. A etapa inicial do projeto, então, envolveu a prática de atividades físicas duas vezes por semana no bairro. Além das atividades físicas, as quais incluem também aulas de alongamentos, o projeto trouxe também uma parte mais didática. Além de fortalecer o corpo, é importante que as pessoas idosas tenham mais conhecimento sobre o processo o qual estão vivendo. Por isso, toda última quarta-feira do mês, são oferecidas palestras ministradas por profissionais de saúde convidados. Por fim, de modo a acompanhar os efeitos do projeto e permitir a verificação da sua eficácia, os agentes comunitários monitoram a saúde das pessoas atendidas. Conforme relato dos ACS, a adesão das pessoas idosas aos programas possibilita um acompanhamento sistemático das suas condições de saúde. No contexto deste projeto, foi verificada ainda a necessidade de acompanhamento nutricional e o apoio às pessoas idosas por meio de um grupo de alfabetização, que as integre melhor à sociedade. As atividades vão sendo moldadas com um retorno dos atendidos, e o contínuo diálogo permite a essas pessoas também se sentirem mais confortáveis em dividir a respeito do que elas necessitam.

Município: Pinhais, PR

Instituição Responsável: Secretaria Municipal de Saúde de Pinhais
(Unidade de Saúde da Família de Wessópolis)

Coordenador da experiência: Vanda Catelli e Giane Alves dos Santos

E-mail da coordenação: luciana.paronin@pinhais.pr.gov.br

Telefone institucional: (41) 3912-5383

Parcerias: Colégio Municipal Severino Massignan

Ano de participação: 2014

Cuca fresca

O Centro de Convivência e Cultura Cuca Fresca é um dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial do Município de Goiânia implantado em maio de 2012 no Distrito Sanitário Sul. É um serviço de “portas abertas” voltado para inserção social dos usuários, facilitando o convívio, a troca, a solidariedade, a construção de laços e a produção de novas formas de comunicação. As práticas são destinadas à comunidade inteira, abrangendo diversas faixas etárias e realidades sociais, mas há uma atenção especial a pessoas idosas e com sofrimento mental. O resultado das ações e estratégias deste dispositivo está na criação e fortalecimento de laços sociais e afetivos, a promoção da inclusão social e a produção de sentido para a vida destas pessoas. O Centro de Convivência Cuca Fresca opera a partir da linguagem da arte, cultura, lazer e das interações com outros setores. Nele são realizadas atividades polivalentes, esportivas e de lazer, como: jogos de mesa (dama, dominó, baralho), Pebolim, tênis de mesa, piscina (recreação e hidroginástica), jogos de quadra (vôlei, futebol, peteca), alongamento e ginástica localizada. Para além da atividade física, há atividades artísticas, culturais, de educação e cidadania, as quais contam inclusive com a formação de grupos locais. O centro conta também com eventos de práticas integrativas, de culinária e de Geração de Renda, de modo a gerar novas ou exercitar e melhorar habilidades das pessoas atendidas. Além disso, há também uma programação voltada para a comunicação, a qual conta com rodas de conversas, reuniões com os movimentos sociais e conselhos. Tendo em vista o sucesso das práticas do centro, o projeto promoveu ainda a 1ª Mostra de Arte Insensata Itinerante, reunindo parcerias intersetoriais, incluindo exposição de artes plásticas, oficinas, ateliers abertos, cinema, mercado maluco, palco com shows e os grupos artísticos locais, como: o bloco de percussão DesenCuca, o grupo de fantoche ‘Los Fantóxicos Fantásticos’ e a banda DeLírios do Cuca.

Município: Goiânia, GO

Instituição Responsável: Centro de Convivência e Cultura Cuca Fresca

Coordenador da experiência: Marla Borges de Castro

E-mail da coordenação: falecomamarla@gmail.com

Telefone institucional: (62) 3259-9297

Ano de participação: 2013

Referências

ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS**, v.1, n.2, p. 6-15, 1992

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 80p., 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília, 160p., 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no sus: proposta de modelo de atenção integral**. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS N° 2, de 28 de setembro de 2017**. Anexo XII. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Panorama nacional de implementação do Programa Academia da Saúde: monitoramento do Programa Academia da Saúde: ciclo 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 60p., 2018.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, p. 593-606, 2010.

MALTA, D. C. *et al.*. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 3-16, 2015.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso**: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 98 p., 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Global NCD Action Plan 2013-2020**. Geneva, Switzerland: WHO, 103p., 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Best Buys and Other Recommended Interventions for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases Updated (2017)**. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Noncommunicable diseases**. Jun. 2018.

Prevenção da infecção por HIV/AIDS e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis em pessoas idosas

Carolina Coutinho, Lidiane Toledo, Katia Costa, Francisco Inácio Bastos

Envelhecimento e saúde sexual da pessoa idosa

Desde a década de 90, o Brasil vem apresentando melhoria no indicador de expectativa de vida ao nascer. No ano de 2018, por exemplo, a expectativa de vida do brasileiro era de 76,3 anos (BARRETO *et al.*, 2009; IBGE, 2019). O aumento da expectativa de vida e a transição demográfica da população impactam não somente em uma transição epidemiológica dos agravos de saúde mais prevalentes, com tendências de aumento da prevalência das doenças crônicas, mas também em modificações comportamentais (BARRETO *et al.*, 2009, PEREIRA *et al.*, 2011; DUARTE & BARRETO, 2012).

As pessoas estão em busca de uma melhor qualidade de vida, conceito este que assume múltiplas definições, sendo na velhice relacionado especialmente à competência adaptativa emocional, cognitiva e comportamental (RAUSCH PEREIRA *et al.*, 2011). Para compreender as concepções de saúde e doença de cada indivíduo é fundamental reconhecer as construções sociais e suas individualidades (BIRMAN, 1991). Segundo Mann (2017), a

percepção de saúde passa também pela construção do conceito de sexualidade, não como um fator de discriminação e exclusão, mas, juntamente com as relações sociais e códigos culturais, inserida em uma perspectiva de qualidade de vida e de direitos humanos e percebida então como saudável e desejável, capaz de reconhecer e aceitar a diversidade. Neste sentido, as pessoas idosas estão cada vez mais ativas e independentes (SILVA, 2008), se adaptando a novas atividades em cada etapa da vida, sendo essencial a atenção à saúde, especialmente a saúde sexual.

As coortes etárias de pessoas idosas dos últimos anos não estiveram inseridas em contextos de educação sexual na juventude e não se veem vulneráveis à infecções sexualmente transmissíveis (IST) (INELMAN *et al.*, 2005). Este fato reflete na falta de conhecimento da necessidade do uso de preservativos para relação sexual e, conseqüentemente, na resistência ao seu uso. Outra questão relevante é o advento de grande número de drogas farmacológicas facilitadoras da relação sexual, que têm facilitado a atividade sexual do homem idoso, o deixando mais exposto ao risco de contrair IST. O risco para as mulheres é somado à diminuição da lubrificação vaginal na idade mais madura, o que também facilita a ocorrência de micro-lacerações e feridas na vagina durante o ato sexual, aumentando também o risco de transmissão de IST e outras infecções de transmissão parenteral (ALENCAR *et al.*, 2014).

Somado a isso, apresentam-se as equipes de saúde que frequentemente deixam de lado a saúde sexual nos atendimentos as pessoas idosas por não os considerar sexualmente ativos (CASSÉTTE *et al.*, 2016). A possibilidade de uso de substâncias psicoativas na velhice também não costuma ser foco dos profissionais de saúde (à exceção do álcool), que geralmente não consideram importante a investigação nem mesmo em relação ao passado (como por exemplo, o uso de substâncias injetáveis alguma vez na vida) (TOLEDO *et al.*, 2010). Grande parte dos diagnósticos de HIV realizados em pessoas idosas é feito quase que por acaso. Muitas das vezes as pessoas idosas relatam sintomas semelhantes a uma gripe, acrescido de perda de apetite e conseqüente perda de peso excessivos, mas a possibilidade de ser infecção recente pelo HIV é comumente descartada pelos profissionais de saúde por subestimar a prática sexual (SANTOS & ASSIS, 2011).

Outro aspecto importante foi o avanço na sobrevivência de pacientes portadores do vírus HIV conseguido a partir da introdução da terapia antirretroviral de alta potência (TARV) em meados da década de 90 (NGUYEN, 2008) e da disponibilização do tratamento através do SUS, em 1996⁹. As pessoas portadoras do vírus HIV estão vivendo com mais qualidade de vida e, conseqüentemente, envelhecendo e compondo a população de pessoas idosas do país.

Ainda neste contexto, não só no Brasil mas como em outros países em desenvolvimento, a maior parte das campanhas de prevenção a IST também se apresentam como estratégias dirigidas apenas aos jovens (OMS, 2013) e à grupos populacionais específicos como pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, profissionais do sexo, pessoas transexuais e homens que fazem sexo com outros homens, deixando de fora a população idosa.

A questão da possibilidade de infecção por ISTs e HIV/AIDS na população idosa deve ainda ser observada com mais cautela pelos profissionais de saúde, uma vez que muitas pessoas idosas já apresentam doenças crônicas (como diabetes, hipertensão, doenças do trato urinário, entre outras). Em função da idade avançada, e da maior predisposição a comorbidades, estudos indicam que a TARV seja administrada por equipe médica multidisciplinar, para enfrentar o novo desafio da infecção por HIV na pessoa idosa, bem como o envelhecimento da pessoa que vive com HIV (ALLAVENA C *et al.*, 2018; MUSSO & BELOSO, 2018)

No Brasil, a política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, implementada através da portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006¹⁰ e atualizada através da portaria de consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017¹¹, faz menção específica à saúde sexual da pessoa idosa, em seu item 3.1.:Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável,

j) informar e estimular a prática de nutrição balanceada, sexo seguro, imunização e hábitos de vida saudáveis;

⁹ A Lei 9.313 de 1996 determinou a distribuição gratuita através do SUS, de medicamentos aos portadores de HIV no Brasil.

¹⁰ Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

¹¹ Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

Desta forma, os serviços e profissionais de saúde devem seguir a política e realizar ações de prevenção e promoção de saúde relacionadas à sexualidade e à prevenção das ISTs específicas para a população idosa,

Panorama da infecção por HIV na população idosa

Estimativas globais de mais de uma década geradas pela OMS em parceria com o Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/AIDS (ONUSIDA) apontavam que 2,8 milhões de pessoas com 50 anos ou mais tinham infecção pelo HIV em 2006 e que a prevalência da infecção pelo HIV na África do Sul era de 10,8% entre as pessoas entre os 50 e 54 anos, 4,5% entre as idades de 55 e 59 anos e 3,9% entre as pessoas com 60 anos ou mais (OMS, 2013).

No Brasil, o número de casos de HIV/AIDS em pessoas idosas é ascendente nos últimos anos. Segundo o Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS (2018), a taxa de detecção (por 100.000 hab) de casos de aids notificados¹² na faixa etária de 60 anos ou mais, passou de 8,0 em 2006 para 9,5 em 2017. Entre os homens, a taxa foi de 10,3 em 2007 e passou a 13,4 em 2017, o que representa um aumento de cerca de 30%. Já entre as mulheres, no mesmo período, o boletim apresentou queda na taxa de detecção de casos de aids em todas as faixas etárias, à exceção na faixa de mulheres de 60 anos ou mais, onde foi observado aumento de 21,2% quando comparados os anos de 2007 e 2017.

Parte dessa alta pode ser creditada à população que se contaminou em idades mais jovens e envelheceu, conforme citamos anteriormente. No entanto, existe também um incremento daqueles casos que foram infectados já em idade mais avançada através de relação sexual sem uso do preservativo.

¹² Notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), declarados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL), o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).

Experiências exitosas em gestão da saúde da pessoa idosa voltadas às infecções de transmissão sexual

Diversas ações de prevenção e promoção da saúde com foco na população idosa vem sendo realizadas em diferentes partes do país. Comentaremos aqui as iniciativas que foram premiadas pelo Ministério da Saúde como *‘Experiências Exitosas de Gestão Pública no Campo do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa’* que trabalharam a temática infecções sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS.

A primeira experiência que comentaremos foi vencedora no ano de 2014, na primeira edição do referido prêmio. Tratou-se de uma ação realizada em 17 municípios, pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul em parceria com grupos de convivência de idosos dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). Com o título *‘Construindo uma abordagem para redução das vulnerabilidades da população idosa ao HIV/AIDS no Estado do Rio Grande do Sul: a experiência da Secretaria Estadual de Saúde (RS)’*¹³, os responsáveis pela ação estimaram à época que foram potencialmente beneficiados cerca de 1,5 milhões de pessoas idosas. As atividades foram divididas em duas grandes linhas, da seguinte forma:

- 1) Educação em saúde: Criação de campanha com o desenvolvimento de folders informativos sobre HIV/AIDS e informações gerais sobre saúde sexual. Para abordagem do tema, foram utilizadas estratégias lúdicas como poesias, ensaios fotográficos e filme para estimular a adoção de preservativo e lubrificante nas relações sexuais.
- 2) Ações de promoção da saúde: Sensibilização dos profissionais da rede de saúde dos municípios participantes da necessidade de inclusão da população idosa nas ações de prevenção às IST/AIDS. Além disso, também foram disponibilizados cursos e serviço para esclarecimento de dúvidas através do TelesaúdeRS¹⁴, uma ferra-

¹³ Disponível em: <https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/preven%C3%A7%C3%A3o-de-hiv aids>

¹⁴ Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/>

menta WEB de educação em saúde criada para auxiliar e qualificar a prática em saúde no estado.

Esta ação se baseou nos princípios fundamentais das práticas de prevenção, oferecendo informação adequada a população alvo e fortalecendo a rede de cuidado através da qualificação dos profissionais de rede de saúde. Ações como esta, realizadas de maneira contínua, permitem que a população permaneça atenta ao risco em saúde que se apresentam na vida cotidiana e tome decisões a partir das informações recebidas, além de encontrar nos serviços profissionais qualificados e atualizados na temática, capazes de prestar a assistência necessária e adequada a cada caso, seja na orientação de práticas de prevenção, testagem ou tratamento.

Outra ação em saúde premiada pelo Ministério da Saúde, desta vez no ano de 2018, foi a *'Fique sabendo e saia da dúvida! Testes rápidos nos idosos: um relato de experiência de Benedito Novo-SC'*¹⁵, realizada pela Secretaria Municipal de Saúde. O curioso desta ação, que a difere da maior parte das outras (nesta ou em outras temáticas em saúde), é que ela foi demandada formalmente pela população idosa do Município, ali representada pelo presidente do conselho do idoso do referido Município, em função da observação da mudança no estilo de vida das pessoas idosas, que passavam a se expor a mais situações de risco à IST.

A ação foi constituída por diferentes atividades, desenvolvidas em dois grandes eixos, sendo eles:

- 1) Com pessoas idosas: Realização de testes rápidos para sífilis, HIV e hepatites B e C e aconselhamento (pré e pós testagem) nas pessoas idosas participantes dos grupos de idosos do Município. Durante o aconselhamento pré-teste, as pessoas idosas também respondiam um questionário sobre comportamentos de risco à IST, o que permitia aos profissionais a direcionar o aconselhamento às práticas de cada indivíduo.
- 2) Com profissionais de Saúde: Integrar os processos de trabalho da vigilância em saúde, atenção básica e coordenação de grupo de

¹⁵ Disponível em: <https://saudedapessoaidosa.fiocruz.br/fique-sabendo-e-saia-da-d%C3%BAvida-testes-r%C3%A1pidos-nos-idosos-um-relato-de-experi%C3%A2ncia-de-benedito-novo>

idosos através da busca ativa, encaminhamento para tratamento e acompanhamento dos casos diagnosticados na população idosa.

No ano de realização, em três meses de trabalho, a ação atingiu a cerca de 105 pessoas idosas e foi desenvolvida por equipe multiprofissional, envolvendo profissionais da gestão e da atenção.

Desta ação, destaca-se principalmente o envolvimento de diferentes atores desde a sua concepção. A solicitação por parte da população alvo aponta para o interesse no cuidado à saúde e o envolvimento de equipe multiprofissional, muitos comprometidos com esse cuidado.

Ações como estas aqui apresentadas apontam para necessidade de desenvolvimento de ações semelhantes em diferentes partes do país. Aproximar a população dos serviços de saúde, através de ações de promoção e prevenção da saúde e a qualificação dos profissionais da rede, além do trabalho integrado de diferentes áreas dos serviços são essenciais a bons resultados.

Considerações Finais

Ainda existe muito preconceito em relação a atividade sexual na velhice por parte dos profissionais de saúde e até mesmo das próprias pessoas idosas. Os profissionais de saúde precisam receber capacitação para abordar essa temática em seu dia-a-dia de trabalho com as pessoas idosas, reconhecer as especificidades da faixa etária, dialogar e solicitar exames para sorologia de HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis, não se limitando apenas a agravos crônicos comuns da faixa etária. A demora do diagnóstico, especialmente em idade avançada, pode implicar em maiores complicações de saúde e diminuição significativa da sobrevida.

Além disso, fazem-se necessárias estratégias de promoção e prevenção da saúde sexual na população idosa, levando-se em conta as especificidades desta população, os adjuvantes farmacológicos para melhora da atividade sexual (como medicamentos para disfunção sexual e tratamentos de repo-

sição hormonal), a necessidade de educação sexual (uso de preservativos e lubrificantes), muitas vezes ignorados pela população idosa e profissionais de saúde. O idoso precisa saber que cuidar da saúde sexual implica em melhores condições de saúde e, conseqüentemente, melhora da qualidade de vida.

Resumo das Experiência de prevenção de HIV/ AIDS e outras DSTs

Fique sabendo e saia da dúvida! Testes rápidos nos idosos: um relato de experiência de Benedito Novo-SC

Nos tempos atuais, houve uma mudança no estilo de vida da pessoa idosa. O projeto surgiu a partir de uma percepção do presidente do conselho do idoso de Benedito Novo de que as pessoas idosas estavam expostas a mais riscos para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Como não são o público alvo da maioria das campanhas de prevenção das infecções e doenças, é comum que a pessoa idosa não saiba ou não perceba que está se expondo a grandes riscos e a graves doenças. As infecções têm surgido com muito mais regularidade entre os integrantes dessa faixa etária, muito pela falta de uso do preservativo. A necessidade de criar essa conscientização nas pessoas idosas fomentou outras ações no projeto. Aproveitando que já existiam grupos de análise e manutenção da saúde, instauraram-se também os testes rápidos, para que fosse possível detectar pessoas idosas que porventura já estivessem doentes. O objetivo desse projeto é criar a consciência da necessidade do uso da camisinha, além de conseguir diagnósticos precisos para gerar um melhor tratamento. Além disso, também se objetivou mostrar que existem outras formas de contrair doenças, como manicures e tatuadores sem o devido alvará sanitário. A ideia é, portanto, proteger a população das ISTs, que estão se tornando cada vez mais frequentes nessa faixa populacional.

Esfera: Municipal

Município: Benedito Novo, SC

Instituição Responsável: Secretaria Municipal de Saúde Benedito Novo

Coordenação da experiência: Riudete Martins de SOUSA SAD SESAP

E-mail da coordenação: riudete_sousa@hotmail.com

Telefone institucional: (84)32324359

Parceiros: SESAP / SAD

Ano de participação: 2018

Construindo uma abordagem para redução das vulnerabilidades da população idosa ao HIV/AIDS no Estado do Rio Grande do Sul: a experiência da Secretaria Estadual de Saúde (RS)

O projeto começou a partir da percepção de que os casos de HIV/AIDS vinham crescendo no Rio Grande do Sul. É fato que o estado é o que tem os maiores índices de casos de AIDS no Brasil. Inclusive, a doença vem acometendo também pessoas idosas, no país todo. Dos idosos da região, 75% usa o Sistema Único de Saúde. Por isso, a Secretaria de Saúde resolveu aplicar no SUS os testes de checagem rápida. Envolveram-se equipes de diversas áreas, como médicos, dentistas e psicólogos. Além de fazer os testes, também foram criadas estratégias de educação e promoção da saúde, para evitar a epidemia e o surgimento de novos casos. As discussões foram também utilizadas de forma lúdica, com utilização de poesias, fotos e filmes. Ademais, foi possível realizar cursos e tirar dúvidas com uma profissional sexóloga. A ideia é quebrar todos os tabus sobre o assunto e trazer tudo para debate, que costuma ser muito difícil de ser conversado e debatido entre a população idosa. A informação é, com certeza, a melhor forma de enfrentar a AIDS. O projeto foi implementado em 17 municípios do Rio Grande do Sul.

Município: 17 Municípios, RS

Instituição Responsável: Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul

Coordenação da experiência: Riudete Martins de SOUSA SAD SESAP

E-mail da coordenação: riudete_sousa@hotmail.com

Telefone institucional: (84)32324359

Parceiros: Grupos de Convivência de Idosos dos CRAS

Ano de participação: 2014

Referências

ALENCAR, DL de *et al.*. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 08. pp. 3533-3542, 2014.

ALLAVENA, C *et al.*. Antiretroviral exposure and comorbidities in an aging HIV-infected population: The challenge of geriatric patients. **PLoS One**. 21;13 (9): e0203895, Sep. 2018.

BARRETO ML, TEIXEIRA MG, MORAIS NETO OL, DUARTE EC. O nascimento, a vida, o adoecimento, a morte e a atenção à saúde da população brasileira durante 20 anos de Sistema Único de Saúde: uma síntese. In: Ministério da Saúde, organizador. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde; p. 407-16, 2009.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2018**: Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Brasília: IBGE, 28pp., 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS – 2018**.

CASSÉTTE, J B *et al.*. HIV/aids em idosos: estigmas, trabalho e formação em saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**; 19(5), 733-744, 2016.

DUARTE, EC, & BARRETO, SM. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**; 21(4), 529-532, 2012.

Inelmen EM, Gasparini G, Enzi G. HIV/AIDS in older adults. A case report and literature review. **Geriatrics**; 60:26-30, 2005.

MANN, Claudio Gruber. “É difícil falar sobre AIDS & sexualidade no cuidado em saúde mental?”: discursos e práticas profissionais em serviços no Rio de Janeiro. (Tese de doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) Fiocruz, Rio de Janeiro.129 fls., 2017.

MUSSO CG & BELLOSO WH. Monitoring of kidney function in elderly HIV-positive patients. **HIV Med.** ;19 (2): e49-e50, 2018 Feb.

NUGUYEN N, HOLONDNIY M. HIV infection in the elderly. **Clin Interv Aging**; 3:453-472, 2008.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Bull World Health Organ**; 91:707-709, 2013.

RAUSCH PEREIRA KC, ALVAREZ AM, Traebert JL. Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**;14 (1), 85-95, 2011.

SANTOS, AFM, & ASSIS, M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 14(1), 147-157, 2011.

SILVA, LR. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, 15(1), 155-168, 2008.

TOLEDO L, MACIEL E, RODRIGUES L, TRISTÃO-SÁ R, FREGONA G. Características e tendência da AIDS entre idosos no Estado do Espírito Santo. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**, 43 (3): 264-267, 2010.

Experiências exitosas na prevenção e enfrentamento à violência contra pessoas idosas no Brasil.

*Bruno Costa Poltronieri, Edinilsa Ramos de Souza,
Adalgisa Peixoto Ribeiro*

Envelhecimento, sociedade e violência: Breve introdução

O envelhecimento é um fenômeno biopsicossocial, heterogêneo, universal e que, em muitos casos, envolve a progressiva diminuição da funcionalidade do indivíduo. Várias dimensões se interligam no processo de envelhecimento humano e determinam distintos modos de envelhecer. Além dos componentes biológicos e cronológicos, também atuam e interagem nesse processo os aspectos psicológicos, econômicos, políticos e sociais. Nessa perspectiva, vale reforçar que “o envelhecimento humano é um fenômeno histórico, social, heterogêneo e multidimensional” (SOUZA, VILIONE, SOARES, 2017, p.236).

Em uma sociedade caracterizada pela produção e consumo, pelo culto ao corpo jovem e ao vigor físico, a pessoa idosa é pouco valorizada, mesmo que tenha vasta experiência de vida, já tenha contribuído ou ainda tenha muito a contribuir. O fato de ser considerado velho o associa à improdu-

tividade, fragilidade, acúmulo de doenças, perdas e inatividade. Esse olhar estigmatizado sobre a pessoa idosa pode ser uma ameaça a sua própria aceitação e o torna vulnerável ao sofrimento psíquico e enfermidades diversas (MOREIRA, NOGUEIRA, 2008) e às situações de violência.

Nesse sentido, vale refletir sobre como a violência contra o idoso pode ocorrer de maneira explícita e direta nas relações interpessoais (por meio de maus tratos físicos e psicológicos, por exemplo) e também de forma velada e oculta, como é o caso da violência estrutural, muitas vezes naturalizada, mas perceptível nas desiguais condições socioeconômicas de vida - pobreza, moradia, desemprego, ambiente insalubre e degradado, entre outras e, neste caso específico, quando direitos previstos no estatuto do idoso são violados. A violência estrutural é alimentada e reproduzida na cultura e nas instituições, ocasionando injustiça, exploração e gerando opressão aos indivíduos (MINAYO, 1994).

Ressalta-se que, independente da forma como se manifesta, a violência é um grave problema social e provoca agravos à saúde daqueles que a vivenciam, sendo um fenômeno complexo e de difícil manejo. Em uma sociedade cada vez mais envelhecida, os idosos em situação de violência passam a representar uma pauta e preocupação cada vez maior das instituições e de profissionais que lidam com este público, incluindo os das áreas da saúde, assistência social, justiça, entre outros.

A violência contra a pessoa idosa pode ser compreendida como:

“Um ato de acometimento ou omissão (neste caso é comumente descrito como “negligencia”), que pode ser tanto intencional como involuntário. O abuso pode ser de natureza física ou psicológica (envolvendo agressão emocional ou verbal), ou pode envolver maus-tratos de ordem financeira ou material” (KRUG et al., 2002, p.126).

A violência contra pessoas idosas pode se expressar nas seguintes categorias: maltrato ou abuso físico; abuso psicológico ou emocional; abuso financeiro ou material; abuso sexual; e negligência/abandono que é a falha

na realização de cuidados com o idoso. A negligência pode ou não envolver uma tentativa consciente ou intencional de infligir sofrimento físico ou emocional ao idoso. Outra forma de violência é a auto negligência, que se refere à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, por se recusar a prover os cuidados necessários a si mesma. O abandono também pode ser caracterizado como forma de violência que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção (KRUG *et al.*, 2002, BRASIL, 2007).

No Brasil, em 2017, morreram 32.477 pessoas idosas por acidentes e violências, sendo que dessas mortes 18,6% ocorreram por acidentes de trânsito, 7,8% por agressões e 6,8% por suicídio. Entre as quase 3 milhões de internações hospitalares de pessoas idosas realizadas no SUS, 7,9% foram por lesões provocadas por acidentes e violências. Neste mesmo ano, 20.011 pessoas idosas buscaram cuidados e tiveram sua situação de violência notificada pelos serviços de saúde. Entre elas destaca-se a violência física (60,7%), seguida pela negligência/abandono, violência psicológica e as tentativas de suicídio (BRASIL, 2019). A maior parte das violências contra este grupo ocorrem no interior das residências e os principais agressores são pessoas da família.

Portanto, ante às questões expostas acima, este texto apresenta algumas experiências exitosas de prevenção e enfrentamento à violência contra pessoas idosas no país, mostrando que alguns caminhos são possíveis para mitigar o sofrimento humano na etapa final do ciclo da vida.

Experiências exitosas no combate à violência contra o idoso no Brasil

Compreende-se que pela complexidade em identificar os casos de pessoas idosas em situação de violência, atendê-los, encaminhá-los e acompanhá-los, são ações que necessitam de parcerias entre vários setores da sociedade, diferentes áreas de atuação, distintas instituições e profissionais,

em prol de uma assistência integral à vítima, em uma perspectiva articulada, intersetorial e interprofissional. Esses são aspectos centrais nas cinco experiências brasileiras exitosas que serão retratadas a seguir.

Um ponto que chama a atenção é o foco da maior parte das ações junto aos profissionais, com o intuito de sensibilizá-los ou capacitá-los para compreender e conseguir acompanhar de forma mais qualificada os casos de idosos em situação de violência ou para preveni-la. A notificação como um importante instrumento de identificação, registro e acompanhamento do caso, também esteve presente em algumas ações. Tais experiências destacam-se ainda por possibilitarem a conscientização dos idosos que vivenciaram violência e contribuir para que se empoderem acerca de seus direitos sociais.

As experiências abordadas neste capítulo, ocorreram nos anos de 2013 e 2016 em 4 diferentes regiões do país, nos municípios de Tabatinga (AM), Caxias do Sul (RS), Rio de Janeiro (RJ) e Recife (PE) e tiveram objetivos diferentes, ainda que guardem algumas similaridades entre si. Buscou-se abordar tais iniciativas na forma de três lições aprendidas, pois como se poderá observar, há vários pontos de intersecção entre elas.

Lição Aprendida 1: REDE INTERSETORIAL JUNTO AO IDOSO EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

A intersetorialidade pode ser compreendida como um desafio para o envolvimento, integração e articulação de atores, processos e estruturas institucionais que tradicionalmente operam de forma fragmentada (SOUZA, MACHADO, 2018). Em muitos cenários fazer acontecer essa integração é difícil, mas quando isso se concretiza, gera bons resultados.

No município de Tabatinga no Amazonas, região Norte do Brasil, idosos indígenas que vivenciavam violência somente eram assistidos pelas equipes de saúde indígena nas respectivas aldeias. A partir da percepção de que era necessário ampliar o cuidado integral e garantir o direito de obter as ações de proteção social ao idoso de forma igualitária, constituiu-se um grupo de trabalho (GT) com representantes de todos os setores que atuavam em prol dos direitos do idoso, gerando subsídio para promoção da

saúde e construção de rede de apoio, medidas consideradas fundamentais para a prevenção de violência. Esse GT contou com a participação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), equipamentos da assistência social – Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI).

Nessa experiência a ação intersetorial mobilizou indivíduos, instituições e as tribos indígenas para enfrentarem gradativamente a violência. Nesse sentido, como afirma Buss (2010), o empoderamento comunitário junto a uma nova reorientação com as instituições, permitiu à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida.

Como em Tabatinga (AM), o Estado de Pernambuco também contou com grande esforço do Ministério Público junto a diversas prefeituras do estado para definir estratégias articuladas para acolhimento das denúncias dos casos de violência, bem como o tratamento e acompanhamento desses casos, pois já havia necessidade de estabelecer um fluxo de recebimento e atendimento dos idosos nas questões relativas à violência. Ao longo do trabalho, realizou-se a estruturação do fluxo, a constituição de núcleos de enfrentamento aos casos de abuso contra o idoso em dois municípios e a redação de guias com os procedimentos do fluxo criado nos municípios.

Pensar em ações de prevenção ou promoção da saúde, como ocorreu nas experiências de Tabatinga (AM) e de Pernambuco, requer a observação de alguns pontos fundamentais como a atuação intersetorial baseada em fatores protetores para o controle dos fatores de risco, o estímulo das capacidades e o exercício do autocuidado e da ajuda mútua (ASSIS, AVANCI, 2013).

Lição Aprendida 2: NOTIFICAÇÃO DOS CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE VIOLÊNCIA CONTRA PESSOAS IDOSAS E A IMPORTÂNCIA DA CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

A notificação de violências tem a finalidade de dar visibilidade à magnitude e gravidade desse relevante problema de saúde, além de permitir o enfrentamento efetivo da violência no país. No caso das pessoas idosas, a

obrigatoriedade da notificação de violências está prevista no Estatuto do Idoso, uma das leis que fundamentam a implementação de notificação compulsória desses casos no âmbito da vigilância epidemiológica.

No projeto desenvolvido em Caxias do Sul (RS) havia a previsão de estratégias de capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde para a correta notificação das situações de violência contra pessoas idosas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN Net). A discussão dos casos envolvia as equipes da Unidade Básica de Saúde (UBS), o Núcleo de Atenção ao Idoso, o Núcleo de Saúde Mental, as equipes dos CRAS e o Serviço de Proteção Especial ao Idoso, da Assistência Social. A implantação dessa rede resultou em expressivo aumento das notificações dos casos de violência.

No caso da experiência de Tabatinga (AM), as notificações de violência contra idosos realizadas no município, revelaram a necessidade de ampliar as articulações intersetoriais na tentativa de garantir o direito dos idosos indígenas de acessar ações de proteção social. Entre as atividades desenvolvidas constam reuniões de equipe para discutir os casos de violência notificados e encaminhá-los de forma efetiva.

Na experiência do Rio de Janeiro, a mobilização entre a coordenação de Atenção Primária em Saúde, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e o Ministério Público da área, gerou uma capacitação dos profissionais de saúde que resultou na maior sensibilização desses profissionais para a identificação da violência intrafamiliar contra a pessoa idosa; no aumento do número de notificações no ano de 2015, e na maior organização da rede de saúde para o cuidado do idoso.

Outra experiência ainda no Rio de Janeiro, desta vez com o Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso (PADI) e Coordenação de políticas de intersetorialidade, apontou que após oficinas de capacitação dos profissionais do PADI, esses passaram a identificar melhor a violência perpetrada e a realizar a mediação de conflitos.

Entre as principais causas da subnotificação estão a falta de capacitação dos profissionais, bem como questões estruturais dos serviços, que levam a um atendimento insatisfatório às vítimas de violência (GABIN *et al.*, 2015).

Lição Aprendida 3: CONSCIÊNCIA DOS IDOSOS SOBRE SEUS DIREITOS

Na experiência de Tabatinga (AM), após a mobilização intersetorial, a sensibilização e um reordenamento das ações, os profissionais constataram que os idosos passaram conhecer seus direitos e a solicitar ajuda e atendimento para outros idosos que também se encontravam em situação de violência.

Um estudo realizado por Minayo *et al.* (2015) acerca do monitoramento e avaliação dos Centros Integrados de Apoio e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa (CIAPVI) no Brasil, contou com a voz ativa dos idosos sobre esta iniciativa. Os idosos consideraram que o atendimento foi bom e que conseguiram resolver seus problemas, porém destacaram que algumas premissas básicas preconizadas nas políticas públicas não estavam adequadas. Ressaltaram a necessidade de espaços físicos adequados e acessíveis ao idoso, nas cidades e nestes Centros e também a falta de privacidade em alguns atendimentos, importante para um melhor acolhimento da vítima de violência.

O empoderamento dos idosos, relatado em algumas iniciativas, possivelmente ocorreu pelo envolvimento, integração e, conseqüentemente, protagonismo dessas pessoas em tais experiências e ações. Processos de escuta, discussão e acolhimento são importantes porque oportunizam a aceitação da diversidade de vozes dos idosos existentes no Brasil, o que é imprescindível para que se reconheçam como pessoas detentoras de direitos sociais (ALVINO, 2015).

Considerações finais

Apesar da complexa e difícil tarefa que é enfrentar a violência contra a pessoa idosa, observa-se por meio de cinco experiências exitosas que este grave problema social pode ter solução quando há esforço conjunto. Por meio de três lições, pode-se constatar que o trabalho intersetorial em rede é um importante elemento para se desenvolver ações preventivas e assistir com dignidade os casos de violência contra este grupo social. Além da constituição da rede intersetorial, a notificação é um instrumento im-

portante para dar visibilidade aos casos e planejar políticas de atenção e prevenção da violência e de promoção de ambientes seguros e saudáveis para as pessoas idosas. Ressalta-se que quando bem sucedidos e com ampla participação da sociedade, os próprios idosos se conscientizam de seus direitos e se tornam agentes ativos do seu cuidado.

Resumo das Experiências de prevenção e combate à violência contra a pessoa idosa

Grupo de trabalho voltado ao combate e prevenção à violência vivenciada por idosos indígenas

O projeto surgiu com a percepção da equipe de que era necessário ampliar o cuidado com o idoso indígena, antes muito restrito às aldeias. Antes da instauração do grupo de trabalho, os atendimentos às ocorrências se davam somente via as equipes de saúde indígenas. Se mostrou necessário, portanto, fazer uma integração das práticas e informações, a fim de gerar o melhor atendimento possível para essa população. Os objetivos foram, justamente, buscar a garantia dos direitos dos idosos, promovendo a saúde e construindo uma rede de apoio e de proteção assistencial. A ideia era gerar uma maior uniformidade, mas sem perder o humanismo do atendimento e nem o tornar um simples padrão, visto que cada caso exige um cuidado especial. Com esse compartilhamento de práticas e informações, buscou-se avançar no combate às situações de violência ao idoso - tanto física, quanto psicológica - sem descaracterizar suas particularidades como indígenas. Para chegar ao resultado almejado, a organização fez um mapeamento de instituições que atuam nas aldeias indígenas. A partir de então, foram marcados encontros norteados pelos profissionais do DSEI-ARS/AM e pelos representantes da FUNAI para que as discussões pudessem ser elaboradas e que cada instituição estivesse presente para dar sua contribuição. As reuniões têm como função debater sobre os casos registrados no período e preparar o calendário para as palestras que seriam dadas aos idosos e seus familiares. Esse contato se dá semanalmente em aldeias que têm acesso

terrestre e mensalmente em aldeias com acesso fluvial. Houve um empoderamento do idoso como resultado do projeto. O trabalho foi tão eficiente que idosos atendidos pelo programa têm procurado os agentes e postos de saúde para indicar e pedir apoio para outros idosos conhecidos que estão em situação de vulnerabilidade. Eles começaram a entender que possuem seus direitos e que tê-los garantidos faz com que o processo de envelhecimento seja muito mais natural e fácil.

Esfera: DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

Município: Tabatinga, AM

Instituição Responsável: DSEI/ARS/AM

Coordenador da experiência: Viviane Lima Verçosa

E-mail da coordenação: vivianevercosa@hotmail.com

Telefone institucional: (97) 99183-3258

Parceiros: FUNAI/CONDISI/CREAS/CRAS/Conselho Tutelar

Ano de participação: 2016

Protocolo de Enfrentamento da Violência ao Idoso – PEVI

Em Pernambuco, os idosos são aproximadamente 12% da população. Apesar de serem uma representativa parcela, os registros de violência contra idosos continuam subindo e, mesmo aqueles que são denunciados, acabam não tendo uma resolução eficiente ou rápida. Pensando neste problema, o projeto quis discutir e operacionalizar a atuação das instituições envolvidas nesse processo, a fim de ajudar na identificação dos problemas e atuar de forma rápida, útil e conjunta. Dessa forma, foi desenvolvido o fluxograma como referência para as atuações institucionais, visando não só envolver as instituições, mas também mapear a participação da sociedade civil. As estratégias do fluxograma envolvem acompanhar o tratamento das denúncias, assim como acompanhar as vítimas e os familiares, por meio de uma rede de apoio entre os municípios. Ademais, um dos pontos mais importantes da proposta era criar mecanismos para que as instituições se comunicassem de forma mais célere, visando um melhor enfrentamento e resolução das questões. Como resultado, houve a estruturação de um fluxo

de atendimento à pessoa idosa em um município, núcleos de enfrentamento estruturados em mais dois municípios, distribuição de 3 mil guias com o fluxograma e foi firmada uma parceria entre os municípios envolvidos, possibilitando também que ela seja replicada em outros municípios de Pernambuco.

Esfera: Municipal

Município: Recife, PE

Instituição Responsável: Ministério Público do Estado de Pernambuco

Coordenador da experiência: Yélena de Fatima Monteiro Araújo

E-mail da coordenação: pessoaidosa@mppe.mp.br

Telefone institucional: (081)31823360

Ano de participação: 2016

Violência Intrafamiliar ao Idoso: O papel protetor da Estratégia de Saúde da Família

O objetivo principal do projeto era identificar e monitorar pessoas idosas que estivessem vulneráveis à violência no núcleo familiar, a fim de evitar que a situação de violência de fato viesse a se concretizar ou que perdurasse. Para isso, se mostrou necessário fazer uma abordagem familiar e da própria comunidade, a fim de gerar uma conscientização e sensibilização. Os profissionais de saúde também receberam novos treinamentos para que fossem capazes de identificar casos de violência intrafamiliar e atuar para resolução ágil. Para atingir o objetivo, o projeto traçou dez estratégias que foram colocadas em prática com diversas frente de atuação. A primeira delas visou a formação de um grupo articulador que atuasse na região e promovesse a solidariedade com a pessoa idosa. A segunda foi a criação de oficinas de sensibilização para os profissionais de saúde, especialmente da atenção primária. A terceira teve como intenção monitorar as visitas domiciliares feitas pelas equipes já existentes a idosos acamados. A quarta foi acompanhar os idosos que tiveram alta do programa do Hospital Municipal Lourenço Jorge, que cuida de atenção domiciliar. A quinta estratégia buscou sensibilizar as próprias comunidades para a temática, entregando folders sobre os direitos em saúde das pessoas idosas. Nesse sentido, tam-

bém se formou, como sexta estratégia, grupos de convivência de idosos para evitar o isolamento social. De forma complementar, em sétimo lugar, criaram-se atividades intergeracionais, conectando as pessoas idosas com outras gerações, a fim de propagar a empatia. Também houve o fortalecimento intersetorial da Rede de Proteção Social contra a Violência e o Seminário Anal de Enfrentamento à Violência, capitaneados pelo AP 4.0, um rede de saúde, como estratégias 8 e 9. Por fim, a décima estratégia foi a instauração de um fórum mensal AP 4.0 com gestores das três esferas de poder. Como resultado, foi possível ver uma maior sensibilização dos profissionais de saúde para os casos de violência, que começaram a ser mais reportados. Ademais, também foi possível organizar uma rede de saúde específica para o cuidado à pessoa idosa que foi vítima da violência intrafamiliar, a fim de acompanhá-la no processo de cura e restauração.

Esfera: Municipal

Município: Rio de Janeiro, RJ

Instituição Responsável: Coordenadoria Geral de Atenção Primária da Área de Planejamento (CAP4.0)

Coordenador da experiência: Grupo Articulador Regional de Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências da AP 4.0

E-mail da coordenação: dapsca40@gmail.com

Telefone institucional: (21) 33251765

Parceiros: Rede de saúde da AP 4.0, CREAS Daniela Perez e Ministério Público (Promotoria de Justiça de Proteção ao Idoso - 1ª e 5ª)

Ano de participação: 2015

Mediando conflitos intrafamiliares

Ajudar na resolução de conflitos familiares é sempre complexo e não era diferente para a equipe multidisciplinar do Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PADI) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Pensando em formas de viabilizar essa mediação e permitir uma melhor qualidade de vida às pessoas idosas, o projeto visou oferecer oficinas para profissionais de psicologia e serviço social, a fim de que eles entendessem melhor como se dão as relações e tivessem mais capacidade de apontar si-

tuações de violência contra a pessoa idosa. Além disso, as oficinas também objetivavam ensinar técnicas de mediação e de resolução de conflitos, a fim de prevenir novos casos e resolver os existentes. As oficinas foram tão bem-sucedidas que acabaram sendo oferecidas para outros profissionais que também atuam com o PADI, como médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, técnicos e auxiliares de enfermagem, fonoaudiólogos, assistentes sociais, motoristas e até mesmo o pessoal administrativo. A prática das oficinas tornou-se regular, sendo realizadas mensalmente. Além dos temas já elencados, as oficinas também ensinaram técnicas para resolução de conflitos no campo judicial em parceria com a Escola Nacional de Mediação e Conciliação. Os temas debatidos são também escolhidos de acordo com a demanda dos familiares e cuidadores de idosos, que também se beneficiam do aprendizado. As oficinas se mostraram muito benéficas, não só para os profissionais do PADI, que hoje podem fazer um atendimento mais completo, mas também para as próprias pessoas idosas, que hoje recebem um apoio diferenciado que impacta positivamente sua saúde.

Município: Rio de Janeiro, RJ

Instituição Responsável: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (Gerência de Programas de Saúde do Idoso)

Coordenador da experiência: Margareth Gloria Sgambato Ferreira

E-mail da coordenação: gpi.smsdc@gmail.com

Telefone institucional: (21) 3971-1960

Ano de participação: 2013

Atenção à violência

A experiência desse projeto foi realizada no território do estado do Rio Grande do Sul, a fim de que fosse possível pensar e apresentar as melhores estratégias de sensibilização dos profissionais da área de saúde para identificação de situações de violência. Da mesma forma, também houve um foco no treinamento para que os agentes fossem capazes de fazer os registros das notificações corretamente no SINAN, instrumento utilizado para anotar as situações. Um registro bem feito faz com que as ações de prevenção e assistência feitas pela Secretaria de Saúde possam ser mais adequa-

das e eficientes às realidades das pessoas idosas. Quando bem notificadas, pormenorizadas e quando dão destaque para as particularidades, as políticas para encaminhamento e resolução de cada situação são mais claras. A discussão dos casos e da forma de agir conta com equipes de saúde da UBS, equipes do Núcleo de Atenção ao Idoso, equipes dos CRAS e com o Serviço de Proteção Especial ao Idoso da Assistência Social. Esses treinamentos e discussões foram fundamentais para o aumento de notificações registradas, o que fez com que as ações fossem mais eficientes e fosse possível criar um plano de longo prazo mais eficiente para prevenção dos casos de violência.

Município Caxias do Sul, RS

Instituição Responsável: Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul

Coordenador da experiência: Joseane Boff Zanella e Nádia Peresin Perottoni

E-mail da coordenação: joboff@caxias.rs.gov.br

Telefone institucional: (54) 3290-4564

Ano de participação: 2013

Referências

ALVINO, F. S. **Concepções do idoso em um país que envelhece: reflexões sobre protagonismo, cidadania e direitos humanos no envelhecimento.** Dissertação. Programa de pós-graduação em Direitos Humanos e Cidadania, Universidade de Brasília, 2015.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre o risco, proteção, prevenção e promoção da saúde. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. (org.). **Impactos da Violência na Saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz EAD/ENSP; 2013.

BRASIL. Direitos humanos e cidadania: **Plano de Ação para Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa.** 2007-2010, 2007.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015** / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/>

estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2015/default.shtm.
Acesso em: 25 abril de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Datasus**. Acesso à base de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade [internet]. [acesso em 30 set 2019]. Disponível em: URL: <<http://www.datasus.saude.gov.br>>.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-178, 2000.

GARBIN, C. A. S.; DIAS, I. A.; ROVIDA, T. A. S.; GARBIN, A. J. I. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.6, p.1879-1890, 2015.

KRUG, E. G. (Ed.) *et al.*. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde pública**, suplemento 1, n. 10, pp. 7-18, 1994.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; RIBEIRO, A. P.; FIGUEIREDO, A. E. B. Lições aprendidas na avaliação de um programa brasileiro de atenção a idosos vítimas de violência. **Interface**: v.19, n.52, p.171-81, 2015.

MOREIRA, V.; NOGUEIRA, F. N. N. Do indesejável ao inevitável: a experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 59-79, 2008.

SOUZA, L. C.; VILIONE, G. C. C.; SOARES, N. Autoridade, família e indústria cultural: a construção social da velhice. IN: Teixeira SM (org): Envelhecimento na sociabilidade do capital. **Papel social**, 235-252, 2017.

SOUZA, M. S.; MACHADO, C. V. Governança, intersetorialidade e participação social na política pública: o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. **Ciência & Saúde Coletiva** v.23, n.10, p. 3189- 3200, 2018.

Intergeracionalidade e participação social de idosos: Experiências bem-sucedidas

Celia Pereira Caldas

O aumento da expectativa de vida nas modernas sociedades é resultado das conquistas tanto no campo de desenvolvimento econômico quanto na saúde pública. Esta é a mais significativa revolução produzida no último século. No entanto, mesmo considerando os países desenvolvidos, colocados lado a lado num grande “cenário mundial”, ainda se detecta lacunas e desequilíbrio na distribuição de recursos. O maior desafio é equilibrar medidas necessárias para o curto e o longo prazos. Isto porque este tema traz à baila a necessidade do desenvolvimento de uma “solidariedade planetária” em pelo menos duas grandes dimensões: a solidariedade entre gerações e a solidariedade na distribuição de recursos. As experiências bem-sucedidas apresentadas destacam a solidariedade entre gerações.

Existe uma percepção do que significa ser “velho” nesta sociedade. De acordo com Kalache (2007), a valorização da juventude é uma questão crítica. De um modo geral, os jovens são considerados mais eficientes, mais capazes, mais resistentes ao estresse, mais fáceis de integrar.

A maior parte das pessoas representa a velhice como fragilidade e geralmente essa ideia está associada à imagem de idosos dependentes. No entanto, a maior parte das pessoas envelhece sem dependência. Ou seja, de acordo com os dados do Pesquisa Nacional de Saúde – PNS/2013 (Brasil,

2014), 70% dos idosos são independentes para o autocuidado. São adultos mais velhos ativos e independentes. Apenas 30% destes adultos mais velhos são pessoas portadoras de necessidades especiais. Sendo que 23% têm algum grau de limitação e 7% estão realmente dependentes.

Leite e França (2016) apontam que a intergeracionalidade emerge da solidariedade. A relação entre distintas gerações (intergeracionalidade) é estabelecida inicialmente pela família, por meio de apoio emocional dos pais para com os filhos, dos netos com os avós. As mesmas autoras mencionam que embora os pais invistam mais emocionalmente na relação do que os filhos, há uma variação nos níveis de solidariedade afetiva nas relações intergeracionais entre pais e filhos, netos e avós.

A relevância da solidariedade intergeracional no Brasil é abordada por França, Silva e Barreto (2010), que apontam que as atividades intergeracionais contribuem para modificar a ideia preconceituosa da incapacidade apenas pela idade, bem como ajuda a incluir e reinserir os idosos na sociedade. No entanto, segundo as autoras, é muito importante considerar os interesses, alternativas, possibilidades e o contexto em que vivem os jovens e os idosos, ao se pensar em atividades de integração intergeracional. Isso significa que as atividades precisam ter valor não apenas para o idoso, mas para todas as gerações.

A Intergeracionalidade nas políticas públicas

A solidariedade intergeracional é parte das estratégias apontadas pelo Plano de Ação Internacional sobre envelhecimento. Este Plano foi o resultado da II Assembleia Mundial do Envelhecimento realizada de 8 a 12 de abril de 2002, em Madri, promovida pela ONU.

Podemos também mencionar o Programa Bolsa Família, criado pela Lei 10.836, de 9 de janeiro de 2004 como uma política que contribuiu para a solidariedade intergeracional. Este programa nasceu para combater a fome e a miséria, e promover a emancipação das famílias em situação de maior pobreza no país. Trata-se de um programa federal destinado às famílias em

situação de pobreza e extrema pobreza, com renda per capita de até R\$ 154 mensais, que associa a transferência do benefício financeiro do acesso aos direitos sociais básicos – saúde, alimentação, educação e assistência social. Através do Bolsa Família, o governo federal concede mensalmente benefícios em dinheiro para famílias mais necessitadas. Muitos idosos têm sido beneficiados com este e outros programas de transferência de renda. Este programa é considerado intergeracional, em função de seu objetivo visar uma sociedade melhor para todas as idades.

Especificamente em relação à intergeracionalidade, o Estatuto do Idoso é o instrumento legal mais direcionado a essa questão. O Título I, Disposições preliminares, artigo 3º, parágrafo único, item IV, dispõe sobre a prioridade na “viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações”.

Em relação à Educação, Cultura e Lazer, o Título II, Dos direitos fundamentais, Capítulo V, artigo 21, § 2º menciona que “Os idosos participam das comemorações de caráter cívico ou cultural, para transmissão de conhecimentos e vivências às demais gerações, no sentido da preservação da memória e da identidade culturais.” O artigo 22 acrescenta que “Nos currículos mínimos dos diversos níveis de ensino formal serão inseridos conteúdos voltados ao processo de envelhecimento, ao respeito e à valorização do idoso, de forma a eliminar o preconceito e a produzir conhecimentos sobre a matéria.”

França, Silva e Barreto (2010) reforçam que essas medidas foram muito importantes para a qualidade de vida dos idosos, mas é preciso

“ir além e promover uma ação de inclusão mais efetiva, para evitar processos segregatórios, combater os preconceitos aos mais velhos. Para tal, é necessário que as gerações se aproximem, independentemente das relações familiares, e possam experimentar os benefícios desses contatos. Quando reforçados pela mídia, colaboram no processo de respeito e inclusão dos idosos” (FRANÇA, SILVA e BARRETO, 2010 – p. 527).

Experiências exitosas

Pensando numa sociedade onde as oportunidades de desenvolvimento humano estejam disponíveis a pessoas de qualquer idade, é imperativo desenvolver programas que valorizem o conhecimento e a experiência de vida das pessoas mais velhas. Os resultados, perceptíveis a médio e longo prazos, são a conscientização de que o ser humano possui um potencial para o desenvolvimento de muitas áreas, em qualquer idade. A intergeracionalidade pode ser um ponto de partida para um amplo programa de melhoria da qualidade de vida com vistas à ampliação de novos horizontes na maturidade. Algumas experiências neste sentido, das quais trataremos a seguir, são inspiradoras.

Um ponto essencial para um programa intergeracional é que os jovens tenham acesso ao conhecimento acumulado pelos idosos, através do resgate de suas histórias de vida. O município de Indaial, em Santa Catarina, fez isso de maneira interessante. Trata-se do Projeto “De geração para geração: valorizando a herança cultural”, uma iniciativa das equipes do NASF-AB e da ESF do município de Indaial, SC, que se integraram em prol de um projeto intergeracional.

A Associação de Moradores do Bairro Estados/COHAB do município de Indaial já promovia, duas vezes por semana, encontros de 45 minutos com realização de atividades de alongamento, fortalecimento muscular, caminhadas, entre outras para idosos. Paralelamente, o Grupo da Paz reunia semanalmente crianças de 8 a 11 anos de idade, no contra turno escolar. Como eram grupos de um mesmo território, foi criada uma ação socioeducativa intergeracional os reunindo uma vez por mês (crianças e idosos). A divulgação foi realizada através dos Agentes de Saúde.

Os encontros aconteceram com a realização de atividades físicas conjuntas, interação social e troca de conhecimento. Os objetivos foram melhorar a capacidade funcional e autonomia dos idosos; facilitar a troca de conhecimento e o resgate de memórias e; informar crianças sobre o processo natural de envelhecimento. Os idosos foram convidados a contar histórias para as crianças, que por sua vez foram estimuladas a interagir e fazer

questionamentos. As atividades físicas e ações recreativas foram realizadas em grupos mistos de crianças e idosos.

Com a realização dos encontros já foram percebidos vários efeitos positivos dessa interação entre crianças e idosos. Após o terceiro encontro conjunto, as crianças demonstraram melhor compreensão do processo de envelhecimento, absorvendo com facilidade as possíveis limitações e dificuldades dessa etapa de vida, o que os levou a criar laços afetivos e mais sólidos com pessoas idosas. Os idosos, por sua vez, se beneficiam fisicamente, já que as interações os convidam ao movimento e à prática de atividade física. No campo psicológico, as vivências possibilitaram a troca de conhecimentos e estimularam o resgate de memórias e histórias que contribuem para o resgate de suas identidades.

Já a experiência realizada no município de Brasília, no Distrito Federal se destaca pela valorização do conhecimento e experiência dos avós em relação à amamentação e alimentação de crianças de até dois anos. Trata-se do “Projeto Avós Amig@s do Peito”, uma iniciativa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Os primeiros dois anos de uma criança são importantíssimos para seu desenvolvimento. A criança adquire muitas habilidades e uma alimentação adequada nesta fase reflete muito sua vida futura. A autoestima da criança, sua relação com a família, e o surgimento de doenças crônicas têm relação estreita com a alimentação que o sujeito recebe na infância.

Os avós também têm importante papel no desenvolvimento da criança e são os principais agentes socializadores após os pais. As avós muitas vezes apoiam e orientam os novos pais na criação de seus filhos e muitos ainda exercem o papel de cuidar dos netos. Tendo em vista que uma concepção errônea de alimentação saudável pode interferir diretamente na amamentação e na introdução da alimentação complementar em seus netos formulamos este projeto que tem como principal objetivo resgatar os conhecimentos dos avós sobre amamentação e alimentação complementar. Este resgate contribui para a tomada de consciência da relevância e poder de influência que os idosos possuem, que os possibilita atuar em sua comunidade como um agente apoiador da amamentação e alimentação saudável.

Os objetivos específicos do programa foram difundir para a comunidade informações sobre a amamentação e alimentação complementar saudável; favorecer a criação de vínculo da comunidade com os serviços de saúde; promover o envelhecimento saudável e uma velhice ativa e; promover a integração intergeracional. A exploração do tema é realizada por profissional que já fez a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) ou sob orientação do mesmo. Como resultado, tem sido observada a tomada de consciência dos idosos sobre o tema e a participação dos idosos egressos do curso em outros eventos com temas correlacionados.

Outro programa exemplar é desenvolvido no município de Antônio Prado, Rio Grande do Sul. É um projeto dos Programas de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde denominado “Socialização e troca intergeracional”. A motivação para a realização deste projeto surgiu entre os profissionais de saúde, incomodados com as condições de isolamento dos idosos frágeis e acamados do município.

Nas visitas domiciliares, as equipes dos Programas de Saúde da Família encontravam pessoas idosas solitárias e dependentes. A Secretaria Municipal de Saúde teve a ideia de ir à Escola Municipal Aparecida e convidar jovens de 13 a 15 anos para ajudar no projeto de resgate da autoestima destas pessoas e oito jovens voluntários se apresentaram para realizar a atividade.

Os jovens ajudaram a envolver os familiares na recomposição da autoestima das pessoas idosas e os parentes superaram aquela fase de esperar pelo transporte e passaram eles próprios a levar os idosos até a escola, onde as atividades se realizavam. Outros idosos da comunidade se envolveram tanto que passaram a tomar a iniciativa de chamarem o táxi para transportá-los.

O trabalho, que durou sete meses, atendeu de 12 a 16 cadeirantes, deficientes visuais e auditivos, além de pessoas idosas com outros problemas de mobilidade. Os encontros eram realizados semanalmente, com a duração de duas horas. Eram iniciados com uma reflexão sobre a condição da pessoa idosa e uma dinâmica de grupo. Depois, os profissionais de saúde passavam dicas de cuidados da saúde para eles. A partir daí os adolescentes, que nitidamente sentiam prazer com o que estavam fazendo, organizavam

jogos lúdicos. Por fim, havia um lanche coletivo. O resultado revela mais do que a melhoria do ânimo da pessoa idosa; os familiares dos participantes também se envolveram e a iniciativa teve projeção para além do Território, alcançando todo o município.

Considerações Finais

Hoje, muitos idosos têm consciência da sua força e dos seus direitos. São pessoas que são capazes de buscar por si próprios a sua inclusão, de combater a discriminação. No entanto, este idoso “empoderado”, que tem condição de lutar contra a discriminação e exigir o respeito à sua cidadania, é geralmente, um “velho jovem”. Ou seja, tem menos de 80 anos, está aposentado com recursos suficientes para custear a sua boa qualidade de vida e o seu lazer. É um idoso que além de ser mais jovem, tem recursos econômicos.

O desenvolvimento da sociedade ocidental, voltada para a produtividade a qualquer custo, traz consequências sérias para o indivíduo que envelhece. Embora muitas vezes o indivíduo se sinta no auge da sua capacidade profissional, o sistema produz mensagens que o levam a crer que chegou o momento de se retirar de cena e deixar o lugar para outros mais jovens.

No entanto, o ser humano possui um potencial para se desenvolver ao longo de toda a vida. A velhice é também uma fase de desenvolvimento humano, desde que haja oportunidade de integração social e cultural. Para isso, é fundamental a convivência produtiva entre gerações, com a realização conjunta de atividades produtivas, relevantes socialmente e significativas tanto para os jovens quanto para os idosos.

E ao desenvolver atividades intergeracionais, novos horizontes podem surgir na maturidade, passando a velhice a ser mais um ciclo do desenvolvimento humano e não apenas um período de espera do fim da vida.

Em nossa sociedade, um grande número de indivíduos já está vivendo 20 ou 30 anos para além da aposentadoria. Além de fornecer um senso de significado a esta fase da vida, as atividades intergeracionais são opor-

tunidades para os jovens terem acesso ao conhecimento acumulado pelos idosos. Afinal os idosos possuem recursos pessoais preciosos, que são os seus conhecimentos. Se não forem valorizados, os recursos pessoais destas pessoas serão perdidos para a sociedade.

Resumo das Experiências de participação em atividades sociais de pessoas idosas

A fotografia como ferramenta de trabalho no SUS Projeto Fotográfico autoral: A beleza do envelhecimento

Não é novidade que nossa sociedade cultua a beleza, normalmente vinculada à imagem da juventude. Uma das questões que precisam ser enfrentadas na terceira idade é, justamente, como manter a autoestima da pessoa idosa. Com essa rejeição social ao que é “velho”, correlacionando-o com o que é ruim, é difícil aceitar que o envelhecimento é um ciclo natural da nossa existência como seres humanos. A saúde mental da pessoa idosa é fundamental para que a saúde física também esteja em dia, visto que elas se afetam mutuamente. A própria falta de autoestima faz com que a pessoa idosa se torne desinteressada em cuidar de sua saúde, uma vez que acredita que não vale a pena. Da mesma forma, essa percepção social deturpada faz com que, muitas vezes, o atendimento dos profissionais de saúde não seja inclusivo e de acordo com as necessidades dessa faixa etária. O projeto “A fotografia como ferramenta de trabalho no SUS Projeto Fotográfico Autoral: A beleza do envelhecimento” busca, portanto, resgatar a beleza da terceira idade e engajar o público nos cuidados da saúde. Sendo assim, os objetivos são retratar as pessoas idosas do município em imagens; promover encontros temáticos para conversar sobre fotos antigas e novas, contando sobre as histórias por detrás dos registros; partilhar experiências e memórias; ajudar as pessoas idosas a compreenderem o processo de envelhecimento como uma fase normal da vida e promover também exposições fotográficas para ajudar a mudar a errada percepção social de que a velhice

é feia, ruim ou desagradável. O projeto teve mais de 100 participantes, entre os participantes de grupos do SUS e moradores do asilo municipal. Ademais, como forma de manter o projeto vivo, os organizadores criaram um material didático que busca demonstrar a beleza do envelhecimento. Junto com as fotos que foram selecionadas dos participantes, foram utilizados poemas de escritores como Pablo Neruda, Cora Coralina e Mário Quintana. O projeto mostrou o papel fundamental da autoestima do idoso na hora do cuidado de sua saúde e ajudou a conscientizar as outras faixas etárias populacionais de que envelhecer é, na verdade, lindo. **Esfera:** Municipal

Município: Ribeirão Bonito, SP

Instituição Responsável: Departamento Municipal de Saúde

Coordenação da experiência: Articuladoras da Saúde da pessoa Idosa

E-mail da coordenação: saude@ribeiraobonito.sp.gov.br

Telefone institucional: (16) 3344-1488

Parceiros: Asilo Municipal, blog de notícias da cidade.

Ano de participação: 2018

Grupo NASF/ Conviver na melhor idade

As doenças da mente são as doenças do século e, é claro, elas afetam também as pessoas idosas. Em uma fase muito complexa, é comum que eles apresentem problemas como ansiedade, insônia, depressão etc. Reparou-se que muitas pessoas idosas faziam uso de remédios psicotrópicos. O projeto se deu justamente como forma de integrar as pessoas idosas, para que fosse possível mudar os hábitos medicamentosos e gerar uma melhoria em sua saúde. Portanto, os objetivos do projeto eram promover a saúde da pessoa idosa em uso de remédios psicotrópicos, reduzir o uso abusivo destes remédios e promover uma cultura à vida saudável, mostrando que muitas vezes boas práticas são suficientes para evitar a necessidade dos remédios. Mais de trinta pessoas dentro do público-alvo participaram do projeto, que contou com terapia comunitária, reiki e até mesmo terapia auricular. Além disso, as práticas também contaram com atividades físicas, oficina de artesanato, biodança e até mesmo festas especiais em datas comemorativas. A

ideia era preencher o tempo ocioso das pessoas idosas, tanto nas atividades de convivência, como também em casa. Por isso, eles recebiam atividades para serem feitas em casa e apresentadas nos próximos encontros. Todas as atividades foram elaboradas e acompanhadas por especialistas na área, mostrando toda responsabilidade do projeto no bem-estar da pessoa idosa. Como resultado, o município conseguiu reduzir o uso abusivo dos remédios psicotrópicos entre os usuários contemplados pelo projeto. Houve uma diminuição de 50% no uso dos remédios, com atualização dos receituários. Fica claro, portanto, que esse resultado só foi possível por conta das ações de promoção dos bons hábitos e por meio das práticas integrativas.

Esfera: Municipal

Município: Salgado de São Felix, PB

Instituição Responsável: Secretaria Municipal de Saúde – NASF – AB

Coordenação da experiência: Jámila Leal Tavares da Silva

E-mail da coordenação: mila-jam@hotmail.com

Telefone institucional: (83) 9888-23641

Parceiros: Prefeitura Municipal de Salgado de São Félix; Profissionais do NASF, Farmacêutica da Atenção Básica, Psiquiatra da Atenção Básica, Educador Físico, Artesã local e secretária municipal de saúde.

Ano de participação: 2018

De geração para geração: valorizando a herança cultural

Na região do Indaial já existiam dois projetos interessantes para as duas faixas etárias opostas da pirâmide populacional. O primeiro, iniciado em abril de 2017, promove encontros correlacionados com a saúde física (alongamento, caminhada, fortalecimento muscular etc.) duas vezes por semana e tem como maioria dos participantes, pessoas idosas. Já o segundo, chamado de Grupo da Paz, reúne uma vez por semanas crianças de 8 a 11 anos, quando elas não estão na escola. A ideia do projeto foi criar uma conexão entre gerações, uma vez por mês. O objetivo foi promover as atividades físicas, fomentar a troca de conhecimento e gerar interação entre os grupos. Uma das atividades, por exemplo, consistia nos idosos serem convidados a contar histórias para as crianças, que interagiam com per-

guntas. Os benefícios do projeto não foram percebidos apenas nas pessoas idosas, mas também nas crianças. Elas demonstraram uma compreensão mais ampla do que é envelhecer e foram capazes de gerar grandes vínculos afetivos com as pessoas idosas. Por outro lado, estes se beneficiaram especialmente por meio das atividades e por conta do resgate das memórias que a interação com as crianças causou. O projeto foi, portanto, bem-sucedido em ajudar tanto a população idosa do município, quanto crianças em idade escolar. Os benefícios foram percebidos nas duas faixas etárias e trouxe muita energia para a população de Indaial.

Esfera: Municipal

Município: Indaial, SC

Instituição Responsável: E.S.F. Márcia Maria Andreatta

Coordenação da experiência: Pedro Guilherme Propodolski

E-mail da coordenação: juribeiro24@yahoo.com.br

Telefone institucional: 47 33941605

Parceiros: NASF

Ano de participação: 2017

Grupo da melhor idade

A região do Alto Rio Solimões atende aproximadamente 3.000 idosos, de diferentes etnias indígenas. Os indígenas das etnias Ticuna, Kocama, Kaixana, Kanamari, Kambeba, Witoto e Maku-Yuhup foram divididos em diversos grupos-base no município, que tem reuniões pelo menos mensalmente. A ideia inicial dos encontros foi aproximar os idosos dos polos de saúde, para que existisse um maior cuidado de prevenção e promoção da saúde. Depois da implantação, as pessoas idosas começaram a participar com muito mais alegria e frequência, procurando até mesmo por conta própria. O objetivo foi colocar esses grupos em ação com frequência regular, focando em aproximar as pessoas idosas da equipe de atenção, possibilitando uma melhoria no cuidado deles. A prática já existia em um dos polos da região e foi apenas mais bem estruturada e replicada nos outros. Os grupos contam com a mobilização de todos os profissionais dos polos,

como médicos, enfermeiros, nutricionista, dentistas, psicólogos e, é claro, o agente indígena de saúde. Além da reunião, as pessoas idosas que participam também recebem uma refeição (lanche ou sopa) que é custeada pelo polo. Um excelente resultado desse projeto foi a melhor compreensão das equipes das realidades das pessoas idosas, fazendo com que os trabalhos do cuidado de saúde fossem mais assertivos. Da mesma forma, a população idosa também se tornou mais participativa e mais cuidadosa com a própria saúde, enxergando os polos não só como um local para cuidar da saúde, mas também como um local de socialização. Além disso, o projeto foi especialmente importante para manutenção da cultura indígena, que costuma ser muito importante para os idosos das etnias.

Esfera: DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

Município: Tabatinga, AM

Instituição Responsável: DSEI Alto Rio Solimões

Coordenação da experiência: Isabela Resende Pereira

E-mail da coordenação: isabela.resende@saude.gov.br

Telefone institucional: (97)3412-5559

Ano de participação: 2016

Projeto Avós Amig@s do Peito

Os avós são fundamentais no desenvolvimento de seus netos, não só por todo apoio psicológico, mas também pela ajuda em aspectos físicos. Por exemplo, ajudando como agentes socializadores de seus netos. Além disso, eles também são, muitas vezes, responsáveis por assessorar os filhos na criação de seus netos. Talvez um dos papéis mais importantes dos avós seja a ajuda deles no desenvolvimento da alimentação adequada. Por isso, o projeto teve como principal objetivo resgatar conhecimentos existentes sobre amamentação e alimentação complementar que os avós têm, possibilitando que eles sirvam como vetores das informações. Assim os avós se tornam agentes para promoção da saúde das crianças, tanto em suas próprias famílias, quanto em outras famílias na comunidade. Esse trabalho é importante não só porque ajuda muitas crianças, mas também porque

fomenta uma velhice ativa, saudável e com vínculo entre a comunidade e as pessoas idosas. A ideia é fazer um minicurso de mais ou menos duas horas para os idosos, com orientação de um profissional que já fez a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB). No final, os participantes recebem uma certificação de que participaram do curso e que agora são agentes promotores do que aprenderam. Para realizar o curso, são necessários pelo menos dois agentes (sendo um, necessariamente, versado no EAAB) e material típico de aula (como retroprojetor, laptop etc.). Além de ajudar a comunidade e promover a saúde nas famílias, as pessoas idosas certificadas também puderam participar como palestrantes em outros eventos, que abordaram temas semelhantes. A ideia é usar as pessoas idosas como catalisadoras de boas práticas, aproveitando para mantê-los com mente e corpo saudáveis no processo.

Esfera: Municipal

Município: Brasília, DF

Instituição Responsável: Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Coordenação da experiência: Núcleo de Saúde do Idoso

E-mail da coordenação: naisisesdf@gmail.com

Telefone institucional: (061) 3348-6260

Parceiros: Núcleo de Saúde da Criança

Ano de participação: 2015

Projeto Carta ao Amigo

Em um mundo tão digital, é difícil achar alguém que ainda escreva cartas. Indo na contramão do esperado, o projeto “Carta ao Amigo” tem como objetivo gerar a comunicação via cartas entre pessoas que vivem em isolamento, com dificuldade de mobilidade e sem cuidadores. As cartas foram pensadas como forma retomar o contato dessas pessoas com o mundo, dando um novo significado para vida e interrompendo o isolamento. As cartas foram escritas por pessoas idosas que são moradores de duas áreas bem distantes de São Paulo – Brasilândia e Butantã. Eles fazem parte do Programa Acompanhante de Idosos e o projeto serviu como forma de tra-

zer socialização, mesmo para aqueles que têm mobilidade reduzida. A troca de cartas ajuda no estímulo da memória, na leitura e até mesmo no treino da escrita. As cartas foram trocadas por um ano e enviadas via o próprio malote do Programa Acompanhante de Idosos. Um ano depois, já engajados nas amizades feitas por cartas, as pessoas idosas quiseram fazer um evento ao vivo, que aconteceu na Casa de Cultura Brasilândia. O transporte foi oferecido também pelo Programa Acompanhante de Idosos, tornando o encontro possível até mesmo para aqueles que têm dificuldade de movimentar-se. O objetivo principal do projeto, que foi totalmente alcançado, era exatamente socializar as pessoas idosas. O projeto foi tão bem-sucedido que outros polos da cidade de São Paulo estavam, inclusive, cogitando também adotá-lo.

Município: São Paulo, SP

Instituição Responsável: Secretaria de Saúde da Cidade de São Paulo (Programa Acompanhante de Idosos)

Coordenação da experiência: Evelyn de Paula Rebecca Andrade de Miranda

E-mail da coordenação: clima@saudedafamilia.org

Telefone institucional: (11) 96486-0607

Parceiros: Associação Saúde da Família

Ano de participação: 2014

Ressocialização é saúde

O município baiano de Bom Jesus da Lapa atende uma grande quantidade de pessoas idosas nas Unidades Básicas de Saúde. Desde 2006 já existem práticas voltadas exclusivamente para essa faixa populacional, com o objetivo de ajudar na ressocialização. No início dos trabalhos, a ideia era gerar um melhor fluxo de informações sobre a saúde da pessoa idosa. Como todo projeto, no início houve uma resistência do público-alvo, especialmente por conta da distância das pessoas idosas moradoras das zonas rurais e os centros de convivência. Por isso, como parte do projeto, foram designados motos e carroças para possibilitar a participação dos idosos.

O projeto visa gerar interação das pessoas idosas e envolve, também, as equipes de saúde da família e de agentes comunitários. O projeto foi tão bem-sucedido que a ideia era expandi-lo para outros centros e cidades próximas no decorrer dos anos. Como resultado, a coordenação da experiência percebeu que os idosos começaram a entender a saúde deles como um direito e, a partir disso, visualizar outros direitos que nem sequer sabiam que existiram. Ou seja, o projeto “Ressocialização é saúde” foi fundamental para o empoderamento das pessoas idosas, tornando-a verdadeiros cidadãos.

Município: Bom Jesus da Lapa, BA

Instituição Responsável: Secretaria Municipal de Saúde de Bom Jesus da Lapa

Coordenação da experiência: Gilvânia Tonhá de Souza e Geraldo Canário Santiago

E-mail da coordenação: vaniatonha@hotmail.com

Telefone institucional: (77) 9114-9394

Parceiros: Secretaria Municipal de Saúde e de Turismo; Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Ano de participação: 2014

Socialização e troca intergeracional

O isolamento das pessoas idosas é um problema sério que precisa ser pensado e cuidado pelos programas de saúde focados nessa faixa. Em Antônio Prado, os funcionários de saúde encontravam em suas visitas domiciliares pessoas idosas dependentes e isoladas. Então, perceberam que essa situação precisava ser cuidada, pois afetava a saúde, não só física, mas também psicológica das pessoas idosas. Como forma de ação, os responsáveis pelo projeto foram até uma escola municipal local, conversar com jovens de 13 a 15 anos e pedir que eles auxiliassem no projeto de socialização dos idosos. Alguns jovens voluntários permaneceram até o final do projeto, ajudando a engajar as pessoas idosas nas atividades. Eles eram responsáveis pelo deslocamento dos idosos para participar dos projetos, indo muitas ve-

zes buscá-los e levá-los até o local de realização do projeto. O projeto foi focado em pessoas idosas e com problema de mobilidade. A socialização foi tão bem-sucedida que, depois de algumas reuniões, algumas pessoas idosas já até conseguiram se deslocar até as reuniões sociais de forma autônoma. Os encontros duraram muitos meses, com interação extrema entre os jovens voluntários e as pessoas idosas. Eles consistiam em dicas de saúde, jogos lúdicos, lanches coletivos e canções. Os resultados foram além do esperado, engajando até mesmo os familiares dos participantes e cativando até mesmo outros bairros, que começaram a adotar dinâmicas parecidas. A troca entre os jovens e as pessoas idosas foi fundamental para o sucesso do projeto, assim como o gerenciamento da equipe de saúde da família de Antônio Prado.

Município: Antônio Prado, RS

Instituição Responsável: Programas de Saúde da Família na Secretaria Municipal de Saúde

Coordenação da experiência: Renata Prestes

E-mail da coordenação: renaraprestes@gmail.com

Telefone institucional: (54) 99640-5579

Parceiros: Escola Municipal Aparecida

Ano de participação: 2014

Vovô e Vovó socorristas

O projeto “Vovô e Vovó socorristas” teve como objetivo dar uma função social a vida dos idosos, que muitas vezes se limitam a viver em condições de isolamento nesse momento da vida. A ideia foi usar a estrutura do Serviço de Atendimento Médico de Urgência para treinar as pessoas idosas e capacitá-los para fazer primeiros atendimentos de urgências médicas. Desde 2010 até a data da premiação, o projeto já tinha treinado mais de 140 pessoas de 60 anos ou mais. É claro que o principal objetivo do projeto foi incluir a pessoa idosa na sociedade, mostrando não só para eles, mas também para a sociedade, todo o potencial da pessoa idosa como agente social. Para se capacitar como atendente de urgência, a pessoa idosa participa de

um curso de 40h realizado no próprio núcleo do SAMU. Após o curso, o formado será capaz de fazer os primeiros atendimentos de urgência e tomar as primeiras providências de socorro até o SAMU chegar. Em paralelo a essas atividades de capacitação, o projeto também contou com ações em praças, escolas e outros locais públicos, visando compartilhar experiências da vida e os treinamentos específicos. Além de o projeto ter ajudado as pessoas idosas a terem uma melhor percepção de suas capacidades e do seu papel social, ele também abriu novas oportunidades de carreira. Muitas pessoas idosas voltaram a se inserir no mercado como cuidadores e babás, o que gerou não só um empoderamento psicológico, como também financeiro.

Município: Belém, PA

Instituição Responsável: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Belém

Coordenação da experiência: Carla de Cassia Carvalho Casado e José Guataçara Correa Gabriel

E-mail da coordenação: ccassiacc@ig.com.br

Telefone institucional: (91) 8865-1722

Ano de participação: 2014

Quem conta um conto...

A Tenda do Conto surgiu de uma percepção dos funcionários da Saúde da Família de Campo de Brito de que faltavam ações voltadas para a saúde da pessoa idosa. O objetivo era oferecer uma nova prática de saúde, com valorização e empoderamento da pessoa idosa. A iniciativa começou na Unidade de Saúde da Família de Gameleira, mas foi replicada em outras cinco Unidades do município. A Tenda funcionou da seguinte forma: os agentes de saúde convidavam, previamente, as pessoas idosas para participar da Tenda. O único requisito era que cada um deles levasse um objeto que representasse alguma história vivida. As cadeiras são postas em roda e uma cadeira de balanço é colocada na frente de todas, onde o contador de história da rodada fica sentado. Todos os objetos são transformados em histórias, contos e poesias, enquanto os participantes tomam sucos naturais e se alimentam com sanduiches saudáveis. A Tenda quer ser um local de

convívio, de valorização da pessoa idosa e de compartilhamento de conhecimento popular. Excelente forma de construir confiança e vínculo entre a comunidade e os participantes contadores de história.

Município: Campo de Brito, SE

Instituição Responsável: Secretaria Municipal de Saúde de Campo de Brito

Coordenação da experiência: Fernanda Carneiro Melo

E-mail da coordenação: nandajpba@yahoo.com.br

Telefone institucional: (79) 9861-9411

Ano de participação: 2013

Implementação do Centro de Convivência e Cultura Cuca Fresca- Projeto Cuca Fresca

O Centro de Convivência e Cultura Cuca Fresca foi implantado em 2012, tendo como foco acolher e promover a inserção social da pessoa idosa. O Centro de Convivência e Cultura Cuca Fresca (também chamado de CCC Cuca Fresca) conta com uma programação diária especial para a pessoa idosa, além de espaço para confraternização. Uma equipe qualificada cuida das atrações que são diversas: teatro, vídeo, recreação, pintura, percussão etc. Além de todas as atividades internas, ainda existem passeios, visitas, eventos e outros momentos externos. Até o momento de sua premiação, o CCC Cuca Fresca já tinha formado três grupos artísticos apenas com participantes da terceira idade ou com algum distúrbio mental. São eles: Bloco de Percussão DesenCuca, Grupo de Fantoche 'Los Fantóxicos Fantásticos' e Banda DeLírios do Cuca. A ideia do Centro é particularmente especial por ser duradoura e multidisciplinar. Com certeza um projeto de muito sucesso.

Município: Goiânia, GO

Instituição Responsável: Rede de Atenção Psicossocial do Município de Goiânia

Telefone institucional: (62) 3524-8286/ 3524-8287

Ano de participação: 2013

Protagonistas do Novo envelhecer

O programa teve como objetivo melhorar não só a saúde física, como também a saúde mental das pessoas idosas de Eptaciolândia. Os objetivos eram diminuir o grau de depressão, diminuir o sedentarismo, controlar as taxas importantes (como glicose, por exemplo), monitorar possíveis problemas cardíacos, reduzir o uso de medicamentos, orientar para prevenção de quedas e educar para evitar acidentes domiciliares. Para tanto, foram feitas ações de divulgação das reuniões na região, através de rádio, carro de som e por meio da própria instituição responsável. Uma das atividades mais interessantes do projeto consistia na apresentação de uma minipeça, com apenas vinte minutos de duração. Assim, a atenção da pessoa idosa permanecia plena e ela era capaz de absorver a mensagem. A minipeça mostrava os riscos que existem na casa das pessoas idosas, como tapetes escorregadios, escadas em bancos e banhos sem ajuda de barras de segurança. O objetivo é conscientizar para a importância de saber os limites e buscar o apoio dos familiares. Além disso, também houve ocupação do tempo ocioso do idoso com atividades físicas na academia ao ar livre que foi instalada pela prefeitura. Os resultados foram excelentes, com diminuição de 80% da depressão, 95% do sedentarismo, as quedas em 70% e o uso de medicamentos em 60%. Com certeza um projeto muito exitoso.

Esfera: Municipal

Município: Eptaciolândia, AC

Instituição Responsável: Centro de Referência do Idoso

Coordenação da experiência: Coordenadora do Centro de Referência do Idoso

E-mail da coordenação: irana_castelo@hotmail.com

Telefone institucional: (068) 99946-5474

Parceiros: NASF

Ano de participação: 2017

Referências

BRASIL. Ministério do Planejamento, **Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** - IBGE, Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2014. 181 p. Available from: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528/GM de 19 de outubro de 2006**. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2006.

BRASIL. **Programa Bolsa Família, criado pela Lei 10.836, de 9 de janeiro de 2004**. Disponível em URL: <http://bolsafamilia.datasus.gov.br/w3c/bfa.asp>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**, Série E, Legislação de Saúde. 1a. edição, 2a. reimpressão, Brasília, 2003.

FRANÇA, L.H.F.P., SILVA, A.M.T.B., BARRETO, M.S.L. Programas intergeracionais: quão relevantes eles podem ser para a sociedade brasileira?. **REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL.**, RIO DE JANEIRO; 13(3):519-531, 2010.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p. 1107-1111, 2008.

LEITE, S.V.; FRANÇA, L.H.F.P. A Importância da intergeracionalidade para o desenvolvimento de universitários mais velhos. **Estudos e Pesquisas e Psicologia**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.831-853, 2016

ONU. Organização das Nações Unidas. **Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento**, 2002./ Comisaria del Comité Organizador Español de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, realizada de 8 a 12 de abril de 2002, em Madri.

Experiências exitosas sobre quedas em idosos: relevância e políticas públicas

Dalia Romero; Nathalia Andrade

Para os idosos um evento simples, como tropeçar em um tapete ou escorregar em um piso molhado, pode levar a uma queda que dá início a sérios problemas, como uma ida ao hospital, ferimentos, traumatismo craniano, contusão muscular, incapacidade e o medo de cair. Assim, sofrer uma queda ou ter medo de sofrer, pode mudar a vida de uma pessoa, limitando sua mobilidade e a possibilidade de permanecer independente.

Para o sistema de saúde a queda dos idosos constitui um grande problema já que é de alta incidência e muitas vezes gera grandes complicações que demandam assistência, cuidados e geram altos custos assistenciais. Como aponta o relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice (WHO, 2007), mais de um terço das pessoas idosas sofrem pelo menos uma queda ao ano e aquelas que caem mais de uma vez tem alta chances de severas limitações físicas e psicológicas. Sendo assim, estratégias preventivas devem enfatizar educação da comunidade, a formação e o treinamento de profissionais, criação de ambientes mais seguros, priorizando pesquisas relacionadas a quedas e estabelecendo políticas eficazes para reduzir riscos e a inclusão do tema nos programas de saúde pública no Brasil. (WHO, 2018; MACIEL, 2010).

No Brasil, como apontam os dados do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso), a taxa de mor-

talidade por queda em pelo menos uma das causas aumentou neste século: passou de 16,4 por cem mil idosos em 2000 para 49,1 óbitos por cem mil idosos em 2017 (FIOCRUZ, 2011). Em 2018 foram 129.606 internações de idosos por queda no SUS, dos quais 60.952 tiveram fratura do colo do fêmur (FIOCRUZ, 2011). É importante ressaltar que esses dados podem estar subdimensionados, uma vez que muitas vezes se registra a consequência da queda e não a mesma. Portanto podemos dizer que, no Brasil, a queda de idosos é altamente relevante como problema de saúde pública (SIQUEIRA, *et al.*, 2007; REZENDE, *et al.*, 2016).

As quedas têm origem multifatorial e suas causas podem ser diagnosticadas e prevenidas com medidas relativamente simples. Evidências científicas mostram entre as principais causas de queda são: a) Problemas da visão, audição e reflexos (DIAS, *et al.*, 2008); b) Déficit do equilíbrio estático e dinâmico, perda da força e da potência muscular dos membros inferiores, alterações no padrão da marcha, baixa dos níveis de flexibilidade (NASCIMENTO, 2019) c) Uso de medicamentos que causam efeitos colaterais (como tontura ou sono) assim como uso de diversos medicamentos (ABREU, *et al.*, 2018); d) Condições do ambiente doméstico, como escadas e carpetes, e do comunitário, como ruas em condições ruins (MESSIAS, *et al.*, 2009); e) Hipotensão ortostática (também conhecida como hipotensão postural) leva a queda excessiva da pressão arterial (PA) que gera sintomas de turvamento, sensação de desfalecimento, tontura, confusão ou escurecimento da visão (OLIVEIRA *et al.*, 2009); f) Problemas nos pés que causam dor e calçados inseguros como sapatos derrapantes ou salto alto (NATIONAL INSTITUTE ON AGING, 2017).

Políticas Públicas que contemplam a queda do idoso

O Brasil é signatário do “Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento”, aprovado em 2002, durante a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. Neste plano são estabelecidas medidas para promoção da saúde do idoso. O Objetivo 1 do documento propõe que os países signatá-

rios tomem medidas para a manutenção da máxima capacidade funcional durante toda a vida e a promoção da plena participação dos idosos portadores de incapacidades. Sabe-se que a queda é um dos principais fatores de risco de perda da capacidade funcional. Sendo assim, o Objetivo 2 do plano expressa a necessidade da “Elaboração de políticas para prevenir a falta de saúde entre as pessoas idosas” falta referência e estabelece como medida (h):

“prevenir as lesões involuntárias promovendo melhor compreensão de suas causas, adotando medidas de proteção de pedestres, executando programas para prevenir as quedas, reduzindo ao mínimo os riscos, inclusive de incêndios nos lares e proporcionando assessoramento em questões de segurança”.
(ONU, 2003)

Na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), de 2006 (posteriormente consolidada na Portaria de Consolidação GM/MS N° 2, de 28 de setembro de 2017), a queda está implicitamente contemplada no principal objetivo: a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência dos indivíduos idosos. A PNSPI direciona medidas coletivas e individuais de Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, entre as quais está a de realizar ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos. A política reconhece que a prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido.

A prevenção de quedas como uma política de saúde foi apontada no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) do SUS, com a saúde do idoso elencada como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo. No pacto de indicadores de gestão do SUS (Portaria MS/GM 2.669/2009), se explicita que é prioridade o monitoramento das internações por fratura de fêmur em maiores de 60 anos e se enfatiza a necessidade de ações afir-

mativas no sentido da prevenção para a redução de quedas. É importante notar, contudo, que essa portaria, embora esteja vigente, não é atualmente utilizada para monitorar o desempenho do SUS a nível local.

Na Portaria MS/GM, Nº 3.213/2007 institui Comitê nacional para assessorar políticas de prevenção e promoção dos cuidados da osteoporose e de quedas na população idosa, ao qual compete: promover o levantamento situacional de saúde da população idosa portadora da osteoporose; propor mecanismos para fomentar a divulgação de informação clínico-epidemiológica nacional e local; propor estratégias para o enfrentamento das situações encontradas; e apoiar tecnicamente programas de capacitação de Recursos Humanos nos Estados/Municípios nas temáticas em foco desta Portaria. Já na Portaria MS/GM, Nº 4.016/2010, define-se a composição do Comitê Assessor de Políticas de Prevenção.

Boas Práticas em Gestão Pública no campo de Quedas de Idosos

No período de 2013 a 2019 do “Mapeamento de Experiências de Boas Práticas em Gestão Pública no campo do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa” foram inscritas 63 práticas relativas à prevenção, promoção e/ou tratamento de Quedas dos idosos (representando 6,6% do total de práticas registradas no período). A maioria (44%) se concentraram na região sudeste. A continuação, comentam-se as práticas que foram premiadas no período.

A capacitação de profissionais da área da saúde, citada na Portaria MS/GM, Nº 3.213/2007 como prioridade, foi uma das temáticas mais abordadas. Uma direcionada à capacitação de profissionais da área da saúde para atuar na prevenção de riscos de quedas (experiências de Santa Madalena/SP, 2015 e em Selbach/RS, 2013) outras direcionadas à capacitação e informação dos idosos sobre práticas protetoras para evitar quedas (Porto Alegre/RS, 2017 e Teresina/PI, 2016).

A promoção do envelhecimento ativo, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, é uma prioridade da PNSPI. Esse

objetivo está contemplado nas experiências do Distrito Federal (2017) e Teresina (2016) as quais focaram no fortalecimento muscular e melhora da capacidade funcional.

Algumas especificidades se encontram em cada experiência. Utilizando o recurso teatral, o Instituto Municipal de Saúde da Família de Porto Alegre, em 2017, coordenou com alunos de qualificação de ACS a peça “Quem cai de maduro é fruta”, voltada a promoção da saúde dos idosos. Essa experiência estimulou a participação dos idosos ao estabelecer ao final da apresentação uma roda de conversa participativa, onde procuraram identificar riscos da vida cotidiana e estratégias de prevenção.

Outra experiência exitosa foi o “Circuito Multissensorial de Prevenção de Quedas”, criado pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal, em 2017. Em território de população de alta vulnerabilidade (cidade satélite de Ceilândia) e em parceria com a Universidade Nacional de Brasília (UNB) realizaram uma oficina de atividade física com duração de 3 meses (26 encontros) que procuravam aumentar a massa corpórea, evitar a hipotensão postural, melhorar o equilíbrio e a psicomotricidade. Sabe-se que esses são fatores associados ao risco de queda dos idosos. Como apontado na Política Nacional de Saúde do Idoso, a manutenção e a melhora da capacidade funcional são fundamentais para o envelhecimento saudável.

A Fundação Municipal de Saúde de Teresina, desenvolveu em 2016 o “Projeto Cair de Madura Só Fruta”, no território de Poti Velho. Por intermédio de oficinas de conscientização para idosos, familiares, cuidadores e profissionais da saúde. Além do conhecimento compartilhado nas oficinas, a partir da ideia de construir um projeto multidimensional, a UBS estabeleceu parcerias com alunos de faculdade e voluntariado de igrejas para a construção de espaços onde os idosos podem praticar exercícios funcionais para auxiliar no fortalecimento muscular e reduzir os fatores de risco de quedas.

A experiência “Evitando Quedas de Idosos em Áreas de Ocupação Desordenada”, organizada pela UBS de Santa Madalena, em 2015, realizou a capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS) para que eles pudessem orientar os idosos sobre prevenção de quedas. Também elabora-

ram panfletos com imagens dos locais de riscos, com a finalidade de fazer promoção da saúde e evitar risco de quedas. Além disso, atuaram na intervenção das condições ambientais ao conseguir a implementação de barras de apoio nas vielas. Ao considerar que Santa Madalena é um território de alta vulnerabilidade, essa experiência contribuiu na prevenção de quedas de idosos de alto risco.

Por fim, um outro exemplo de experiência exitosa na área de quedas temos o projeto “Idoso, a sua casa é segura?”, feito pela Prefeitura Municipal de Selbach, no ano de 2013. O objetivo principal desse projeto foi o de difundir informações para a prevenção de quedas de idosos nos ambientes domésticos. Esse projeto foi organizado a partir de atividades educativas para a capacitação de profissionais da área da saúde. Além disso, a equipe organizou visitas domiciliares, onde os idosos foram informados sobre os riscos de quedas que existiam em suas casas. A partir das atividades difundidas pela prefeitura municipal foi possível identificar e prevenir os riscos, diminuindo o número de quedas entre os idosos.

Resumo das Experiências de prevenção de quedas e saúde da pessoa idosa

Teatro Quem Cai de Maduro é Fruta

A peça “Quem cai de maduro é fruta” surgiu como forma de alerta aos riscos de queda para as pessoas idosas, mas também como forma de criar conexão entre os idosos. A peça é apresentada em espaços de educação para a população, já tendo sido apresentada em grupos de idosos nas unidades de saúde, na associação do bairro, em mostras do distrito, do município e até mesmo na semana de aniversário do estado de Porto Alegre. O objetivo do teatro era alertar a população sobre os riscos de queda; promover a educação em saúde para evitar acidentes domiciliares e orientar a população para prevenir as quedas. A peça é dividida em três atos e dura apenas vinte minutos, passando pelos principais riscos de quedas e, ao final, debatendo sobre a prevenção, sobre o uso de sapatos adequados, sobre a necessidade

das barras de segurança e ressaltam também o apoio dos familiares. Durante a apresentação, as pessoas idosas se identificam com os riscos apresentados e, na etapa final, relatam suas próprias experiências. A maior parte deles fala sobre as mudanças que irão realizar em suas residências e em seu comportamento para prevenir quedas. A peça com certeza foi uma excelente forma de criar consciência e gerar mudanças sociais.

Esfera: Municipal

Município: Porto Alegre, RS

Instituição Responsável: Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família

Coordenação da experiência: Magali Casanova Marques

E-mail da coordenação: maria.nardi@sms.prefpoa.com.br

Telefone institucional: (51)32893445

Ano de participação: 2017

Circuito Multissensorial De Prevenção De Quedas

As quedas entre as pessoas idosas têm alta incidência, com complicações e com altos custos assistenciais. Considerando esse cenário e a quantidade de pessoas idosas na região de Ceilândia, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal em parceria com a Universidade Nacional de Brasília devolveram o projeto, que conta com oficinas e favorece o estilo cognitivo e os vínculos sociais. As atividades das oficinas e do circuito criado objetivam a manutenção da autonomia das pessoas idosas, além de incentivar a prática regular de atividades físicas e manter um envelhecimento ativo e saudável. O circuito multissensorial tem várias estações, que envolvem o desenvolvimento de diversas partes do corpo (equilíbrio, fortalecimento dos músculos, alcance, apoio unipodal etc.). Todo trajeto do circuito dura aproximadamente 45 minutos e, nos últimos 20 minutos, há uma dinâmica de psicomotricidade a ser feita em grupo e que estimula a cognição. Como resultado, verificou-se que houve melhora em todos os aspectos físico-funcionais, com grande potencial para trazer resultados ainda mais satisfatórios com o passar do tempo.

Esfera: Municipal

Município: Brasília - cidade Satélite Ceilândia, GO

Instituição Responsável: Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Parceiros: Universidade Nacional de Brasília – UNB

Coordenação da experiência: Angela Maria Sacramento, Núbia dos Passos Souza Falco, Patrícia Azevedo Garcia e Larissa de Freitas Oliveira

E-mail da coordenação: naisisesdf@gmail.com

Telefone institucional: (61)34719220

Ano de participação: 2017

Projeto Cair de Maduro Só Fruta

No mês de abril de 2015, período de grandes chuvas no município onde o projeto foi instaurado, os agentes comunitários de saúde relataram várias quedas entre as pessoas idosas do município, impossibilitando que essas pessoas idosas participassem, inclusive, dos programas criados para eles na Unidade Básica de Saúde. A maior e principal causa de morte de idosos em Teresina são as quedas e, pensando em superar essa triste estatística, a equipe criou o projeto “Cair de Maduro Só Fruta”, que tinha quatro etapas para funcionamento. O objetivo de curto prazo do projeto é reduzir o número de quedas entre as pessoas idosas e conscientizar a sociedade, os cuidadores, familiares e profissionais de saúde a ter um olhar atento aos fatores de risco que implicam no alto índice de quedas. O objetivo de longo prazo é provocar um debate e reflexão na sociedade, a fim de melhorar questões de mobilidades urbanas e de gerar moradias adequadas para a população de terceira idade. A primeira etapa do projeto foi uma Oficina de Prevenção de Quedas realizada com a participação de 40 pessoas idosas, cuidadores, estudantes de enfermagem, agentes comunitários de saúde e enfermeiros. Todos os presentes compartilharam informações sobre suas quedas e sobre quedas que presenciaram, criando um grupo de informações muito útil. No final da oficina, com a ajuda de casinhas de brinquedo e materiais diversos, os participantes foram divididos em dois grupos e solicitados que montassem uma casa adequada e outra inadequada para um idoso morar. A segunda etapa consistiu em uma semana de exercícios

funcionais, a fim de ajudar as pessoas idosas a evitarem quedas. A terceira etapa foi visita domiciliar em 30 casas de idosos impossibilitados de comparecer a UBS para identificação de riscos de quedas. Todas as casas visitadas ofereciam riscos de queda e foram adaptadas para melhoria, com apoio dos alunos estagiários. Como resultado, viu-se uma redução do número de quedas em pessoas idosas e um maior interesse dos familiares, cuidadores e profissionais pela temática.

Esfera: Municipal

Município: Teresina, PI

Instituição Responsável: FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

Coordenação da experiência: Nancy Nay Leite de Araújo Loiola Batista

E-mail da coordenação: nancyloiola@uol.com.br

Telefone institucional: 086- 3215 7739 / 086 3215-9170

Ano de participação: 2016

Evitando quedas de idosos em área de ocupação desordenada

A população idosa está mais suscetível a quedas e a população que vive em área de ocupação desordenada está ainda mais vulnerável. As dificuldades dessa área de ocupação geram fraturas, feridas crônicas e isolamento social. Para reduzir essa situação, foram efetivadas estratégias elaboradas pelas Equipes de Saúde da Família e pelo Conselho Gestor Local. Com o projeto, foi possível reduzir as quedas entre as pessoas idosas. Foi feito um mapeamento de idosos na área atendida; a identificação, mapeamento e divulgação dos riscos de queda na área visitada; a capacitação dos agentes de saúde sobre estratégias de prevenções de queda; o empoderamento de idosos e familiares para evitar situações de quedas e a implantação de barras de apoio em algumas vielas, com apoio da população local.

Esfera: Municipal

Município: São Paulo, SP

Instituição Responsável: Unidade Básica de Saúde Santa Madalena

Coordenação da experiência: Patricia Melo Bezerra e Marcos Eunésio Dantas Sousa

E-mail da coordenação: ubssantamadarena@gmail.com

Telefone institucional: (011) 27025919

Ano de participação: 2015

Segurança no domicílio

O objetivo principal do projeto “Idoso, a sua casa é segura?” foi difundir informações para a prevenção de quedas de idosos no ambiente doméstico. Selbach é um pequeno município do Rio Grande do Sul, mas que tem 15% da sua população sendo pessoas idosas. As ações do projeto foram promovidas em dois momentos. O primeiro, com os próprios idosos, que participaram de atividades educativas em visitas domiciliares e em palestras locais. O segundo deu-se com os comerciantes e fabricantes de moveis e materiais de construção da região, para orientá-los sobre os clientes que são pessoas idosas e apontar os melhores materiais e produtos para essa faixa social. Também foi elaborado um panfleto com informações para tornar a casa mais segura, destacando o uso de piso antiderrapante, a necessidade de corrimões e das barras de apoio, a utilização de luz noturna e a remoção de tapetes. O panfleto foi distribuído entre pessoas idosas, agentes comunitários, arquitetos, cuidadores e aos comerciantes supramencionados. Como o município tem uma vasta zona rural, as informações também foram difundidas em grupos locais, como associações comunitárias, clubes recreativos e reuniões da Secretaria Municipal de Saúde.

Município: Selbach, RS

Instituição Responsável: Prefeitura Municipal de Selbach

Coordenador da experiência: Jorge Rogelson da Silva

E-mail da coordenação: rogelsondasilva@gmail.com

Telefone institucional: (54) 3387-1144

Ano de participação: 2013

Referências

ABREU, D. R. de O. M., NOVAES, E. S., OLIVEIRA, R. R. de, MATHIAS, T. A. de F., & MARCON, S. S. Fall-related admission and mortality in older adults in Brazil: Trend analysis. **Ciencia E Saude Coletiva**, 23(4), 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela Vida**. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. 2006. Acesso em: 19 de fevereiro de 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS Nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Anexo XII. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.213, DE 20 de Dezembro de 2007**. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt3213_20_12_2007.html> . Acesso em: 19 de fevereiro.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 4.033 de 10 de Dezembro de 2010**. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4033_17_12_2010.html> . Acesso em: 19 de fevereiro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria. Nº 2.669, De 3 de novembro de 2009**. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2669_03_11_2009.html> . Acesso em: 19 de fevereiro de 2020.

Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

DIAS-RC, SILVA JR, OLIVEIRA JC, OLIVEIRA SA, AMARAL PHS. Visão funcional e quedas no idoso: uma revisão da literatura. **Geriatr Gerontol Aging**;2(1):25-31, 2008.

FIOCRUZ. Instituto de Informação e Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde. (ICICT). **Sistema de Indicadores de saúde e Acompanhamento de Políticas Públicas do Idoso (SISAP-Idoso)**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://sisapidoso.iciet.fiocruz.br/>>. Acesso em: 18 de fevereiro de 2020.

JANUÁRIO F, AMARAL IC. Fisiologia do equilíbrio. **Rev Soc Port Med Física Reabil**;19(2):31-7, 2010.

MACIEL A. Quedas em idosos: um problema de saúde pública desconhecido pela comunidade e negligenciado por muitos profissionais da saúde e por autoridades sanitárias brasileiras. **Rev Med Minas Gerais**. 2010

MESSIAS, Manuela Gomes and NEVES², Robson da Fonseca. A influência de fatores comportamentais e ambientais domésticos nas quedas em idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** [online]. vol.12, n.2 [cited 2020-02-17], pp.275-282, 2009.

NASCIMENTO MM. Queda em adultos idosos: considerações sobre a regulação do equilíbrio, estratégias posturais e exercício físico. **Geriatr Gerontol Aging**;13(2):103-110, 2019.

NATIONAL INSTITUTE ON AGING (NIH). Bethesda. **Prevent Falls and Fractures**. 2017. Disponível em: <<https://www.nia.nih.gov/health/prevent-falls-and-fractures>>. Acesso em: 17 de fevereiro de 2020.

OLIVEIRA SMP, *et al.*. Risco de hipotensão arterial em idosos um uso de medicação anti-hipertensiva sem acompanhamento clínico adequado. **Rev Bras Clínica Méd**; 7:290-294, 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Plano de ação internacional contra o envelhecimento**, 2002.

REZENDE, Cristiane de Paula; GAEDE-CARRILLO, Maria Ruth Gonçalves and SEBASTIAO, Elza Conceição de Oliveira. Queda entre idosos no Brasil e sua relação com o uso de medicamentos: revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública** [online]. vol.28, n.12 [cited 2020-02-17], pp.2223-2235, 2012.

SIQUEIRA, Fernando V *et al.*. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Rev. Saúde Pública** [online]. vol.41, n.5 [cited 2020-02-17], pp.749-756, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO) **global report on falls prevention in older age**. 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43811> Acesso em: 19 de fevereiro de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). **Genebra, 2018**. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls/>>. Acesso em: 17 de fevereiro de 2020

