

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
MARIA TERESINHA DE OLIVEIRA FERNANDES**

**A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA O CUIDADO À PESSOA IDOSA
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM MODELO TEÓRICO**

**Belo Horizonte
2013**

Maria Teresinha de Oliveira Fernandes

**A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA O CUIDADO À PESSOA IDOSA
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM MODELO TEÓRICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de Doutor (a).

Área de concentração: Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sônia Maria Soares
Universidade Federal de Minas Gerais

**Belo Horizonte
2013**

F363a Fernandes, Maria Teresinha de Oliveira.
A rede de atenção à saúde para o cuidado à pessoa idosa na atenção primária [manuscrito]: um modelo teórico. / Maria Teresinha de Oliveira Fernandes. -- Belo Horizonte: 2013.
208f.
Orientador: Sônia Maria Soares.
Área de concentração: Cuidar em saúde e enfermagem.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Idoso. 2. Assistência à Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Enfermagem. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Soares, Sônia Maria. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título

NLM: WT 31

Esta pesquisa é vinculada ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.



Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação

Tese intitulada: "*A rede de atenção à saúde para o cuidado à pessoa idosa na atenção primária: um modelo teórico*", de autoria da doutoranda Maria Teresinha de Oliveira Fernandes, aprovada pela banca examinadora constituída pelas seguintes professoras:

Profª Drª Sônia Maria Soares - ENB/UFMG – Orientadora

Prof Dr Vicente de Paula Faleiros – PUC/BRASÍLIA

Profª Drª Alacoque Lorenzini Erdmann - UFSC/CCS

Profª Drª Célia Pereira Caldas – UERJ/UNATI

Profª Drª Josélia Oliveira Araújo Firmo – FIOCRUZ MINAS/ Centro de Pesquisa René Rachou

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Coordenador, em exercício, do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG

Belo Horizonte, 21 de março de 2013

Dedicatória

Dedico este trabalho às pessoas que, ao longo de minha vida, estiveram sempre muito presentes, principalmente, minha família:

Meu pai João (in memoriam) e minha mãe Consuelo

Meus irmãos José Luiz, Ducarmo e Conceição

Meus sobrinhos André e Fábio

Minha cunhada Carminha

Minha madrinha Josefina aos seus 111 anos!

À todas as mulheres longevas da minha família!

Agradecimentos

A Deus,

Meu guia incondicional, meu refúgio, meu bálsamo, meu Pai, que me ordena a vida,
Que com amor me dotou de talentos e dons que proporcionaram mais esta conquista.

Obrigada Senhor!

À Prof.^a Dr.^a Sônia Maria Soares,

Por me orientar e incentivar, por me guiar no caminho do conhecimento que tem
Refletido na minha vida, pela ética, pela confiança depositada, amizade, carinho,
respeito. Grande de coração e de alma, sempre enfrentando os sucessos e insucessos
de cabeça erguida, perspicácia e motivação. Muito obrigada por ser sua
primeira orientanda de doutorado. É uma honra estar com você nesta trajetória.

À Prof.^a Dr.^a Elenice Ribeiro de Paula Lima,

Pelo seu apoio, reconhecimento pelo meu trabalho proporcionando-me experimentar
a docência sob sua orientação no Curso de Terapia Ocupacional e apoio no NEPCDH.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais,

A todos os professores, funcionários e Secretaria da Pós-Graduação que contribuíram
Para o meu crescimento profissional e pessoal;

À Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte,

Ao Distrito Noroeste: GERSA, GERASA, GERGETR, GEREPI,

Por acreditarem nesta pesquisa e permitirem sua realização neste Distrito pelo qual
Tenho um enorme carinho, admiração e apressor!

Ao Centro de Educação em Saúde,

Por me proporcionar a proximidade com os processos e estratégias e
educacionais para os profissionais de saúde.

À Gerente do Centro de Saúde João Pinheiro,

Aos Gerentes das Unidades Básicas de Saúde da Noroeste,

A todos os profissionais da Atenção Primária em Saúde da Noroeste e CRAS Califórnia,

pela disponibilidade em colaborar com este estudo.

À equipe do Centro de Saúde João Pinheiro,
da qual por vários momentos me ausentei em prol deste estudo, divido esta vitória com vocês. Com certeza, foi neste cotidiano de trabalho, onde já vivenciamos tão diversos momentos é que também me proporcionou chegar até aqui. Agradeço a todos os colegas, aos que já se foram, aos remanescentes, que nestes 17 anos de convivência agregamos respeito, amizade, cumplicidade e pelas palavras incentivadoras e motivadoras para a minha crescente caminhada na área assistencial e do conhecimento.

Ao Grupo da Amizade,
Grupo de pessoas idosas as quais cultivamos laços de afeto ao longo de 16 anos de convivência e que tem sido modelo para o meu amadurecimento e valorização do envelhecimento ativo. Com vocês desfrutei da oportunidade para aprender a envelhecer com qualidade de vida.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais,
pelo financiamento da pesquisa: *Qualidade de Vida e Perfil Sociodemográfico e Epidemiológico de Idosos Acompanhados em Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte* que instigou esta tese.

Aos amigos,
Que estiveram e permanecem ao meu lado, poucos e bons, cada um com Características das mais inusitadas, mesmo ausente não me esqueço de vocês.

À Lírica e Ana Luiza,
Colaboradoras e parceiras, com quem dividi esses grandes momentos, que acabaram Por extrapolar a técnica, a pesquisa, dando lugar ao afeto e acolhimento de nossas Questões mais cruciais...campo em que tem germinado laços de amizade.

À vida,
Que tem sido tão generosa comigo, proporcionando encontros, desencontros, perdas, ganhos e aprendizados, possibilitando ressignificações importantes para o meu fortalecimento pessoal, aprimorando a minha paz interior, abrindo minha visão de mundo, ampliando minha consciência como oportunidade para que eu possa me

tornar um ser humano melhor que ontem!

A todas as pessoas que de alguma forma me tocaram...

Com o olhar de um sorriso, um cumprimento, um desprezo, uma incompreensão, uma tristeza, uma incerteza, um equivoco, um afeto, um elogio, um incentivo, uma admiração, um carinho e, sobretudo com os olhos do amor.

Sou grata...

todos foram fundamentais, pois a convivência contribuiu para que eu me tornasse quem sou eu hoje, acredito que um pouco melhor, possibilitando melhores escolhas no meu caminho!

É um privilégio chegar até aqui!

Circunstâncias



Não sei de onde parti
Sei que estou caminhando
Tecendo a minha rede
Há muito tempo.
A despeito do tempo,
o tempo e suas medidas
minutos, horas, dias, meses, anos...
Que experiência é essa?
...existir...
Nascer, viver e partir
Partindo sempre
Quando cheguei
Quanto já haviam passado
Quanto estavam presentes
Quanto se foram depois
Alguns mais jovens outros mais velhos
...partindo...
Quanto estão deixando de
ser criança, jovem, adulto e velho
estão...partindo...
Sendo assim para todos
Um... dois...dez...vinte, trinta...
partindo para...
Guerras remidas
Conquistas acumuladas
Experiências compartilhadas
Afetos ...
Partindo...

Maria Teresinha de O. Fernandes

RESUMO

FERNANDES, M. T. O. **A Rede de Atenção à Saúde para o cuidado à pessoa idosa na Atenção Primária: um Modelo Teórico.** 208f. Tese (Tese de Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

A dinâmica dos serviços públicos de saúde tem incrementado a discussão de redes de atenção à saúde. No Sistema Único de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (SUS-BH) há uma rede de atenção à saúde hierarquizada. Para o cuidado ao idoso esta rede é traduzida em "fluxograma de atendimento ao idoso". Os profissionais da atenção primária constroem uma rede para cuidar do idoso, relativa às suas interações, num contexto marcado por facilidades e barreiras, objetivando responder às demandas emergentes para estabelecer cuidados. O objetivo geral deste estudo foi desenvolver o modelo teórico do cuidado ao idoso na Rede de Atenção à Saúde a partir da Atenção Primária em Saúde do SUS-BH. E os objetivos específicos: analisar a rede de atenção à saúde estabelecida na Atenção Primária em Saúde para o cuidado à pessoa idosa do SUS-BH; identificar interações estabelecidas a partir do fluxo de atendimento ao idoso no SUS-BH; analisar como as interações interprofissionais e interserviços influenciam no processo das redes de atenção à saúde do idoso e na integralidade do cuidado ao idoso. Trata-se de pesquisa qualitativa de natureza descritiva e exploratória fundamentada na Teoria Fundamentada nos Dados. A coleta de dados ocorreu entre novembro e dezembro de 2011, em dois grupos amostrais, cujos instrumentos foram grupo focal e entrevista, totalizando 20 profissionais da APS e do Centro de Reabilitação de Assistência Social do Distrito Sanitário Noroeste, interrompendo com a saturação dos dados. Respeitaram-se os preceitos éticos. A análise dos seguiu o processo de codificação aberta, axial, seletiva, emergindo as seguintes categorias: operando a rede de cuidados ao idoso na APS, discutindo o contexto de atendimento ao idoso, percebendo barreiras e facilidades do novo cuidado, refletindo sobre as interações profissionais no contexto da rede de cuidados ao idoso; buscando formas de gerenciar o cuidado ao idoso; construindo a rede de cuidados ao idoso na APS. Dessas categorias chegou-se à categoria central: A Rede de Atenção à Saúde desenvolvida para o cuidado à pessoa idosa na Atenção Primária do SUS-BH, cujo modelo teórico foi validado pelo terceiro grupo amostral. O rigor metodológico necessário da TFD e a dinâmica de circularidade tornam o modelo desenvolvido passível de críticas e sugestões para a continuidade de seu aprimoramento. Sendo assim, não se pode afirmar que o modelo está construído. Há possibilidades de crescimento, de motivar o surgimento de outras inquietações por parte de pesquisadores e profissionais que possam (re)construir (re)significar práticas profissionais e influenciar políticas públicas capazes de fortalecer a atenção à pessoa idosa e qualificar o cuidado.

Palavras- chave: Idoso, cuidado, redes de atenção à saúde, atenção Primária, enfermagem.

ABSTRACT

FERNANDES, M.T.O. **The Network of Health Care for the care of older people in primary care: a Model Theoretical.** 208f. Thesis (Doctoral Thesis in Nursing) -Nursing School, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

The dynamics of public health services has increased the discussion of health care networks. Health System in the Municipality of Belo Horizonte (SUS-BH) is a network of health care hierarchical. To care for the elderly this network is translated into "flowchart senior care." The primary care professionals build a network to take care of the elderly concerning their interactions, in a context of facilities and barriers, aiming to meet the emerging demands to establish care. The aim of this study was to develop a theoretical model of elderly care in the Network of Health Care from Primary Health SUS-BH. And the specific objectives: to analyze the network of health care established in the Primary Health Care for the elderly SUS-BH; identify interactions established from the flow of senior care in the SUS-BH; analyze how interprofessional interactions and influence the process of inter-networks of health care for the elderly and comprehensive care to the elderly. It is a qualitative descriptive and exploratory in nature based on the Grounded Theory. Data collection occurred between November and December 2011, using two sample groups, whose instruments were the focus group and individual interviews, totaling 20 professionals APS and Rehabilitation Center of Social Health District Northwest, interrupting with data saturation. Respected to the ethical. Data analysis was concurrent with the collection, following the process of open coding, axial, selective, emerging the following categories: operating a network of care to the elderly in the APS, discussing the context of elderly care, barriers and realizing the new care facilities reflecting on professional interactions in the context of health care network for the elderly; seeking ways to manage care for the elderly; building a network of care to the elderly in the APS. These categories came to the central category: Network Health Care developed to care for the elderly in Primary SUS-BH, whose theoretical model was validated by the third sample group. The methodological rigor required of PDT and dynamic circularity make the model developed subject to criticism and suggestions for continuing improvement. Thus, one can not say that the model is built. There are opportunities for growth, to motivate the emergence of other concerns on the part of researchers and professionals who can (re) build (re) define professional practices and influence public policies to strengthen attention to elder care and qualify.

Key words: Elderly care networks, health care, primary care, nursing.

RESUMEN

FERNANDES, M. T.O. **La Red de Atención de Salud para la atención a los ancianos en atención primaria: un modelo teórico.** 207f. Tesis (Tesis de Doctorado en Enfermería)- Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

La dinámica de los servicios de salud pública se ha incrementado el debate de las redes de atención de salud. Sistema de Salud en el Municipio de Belo Horizonte (SUS-BH) es una red de atención de salud jerárquica. Para el cuidado de los ancianos de esta red se traduce en " flujo de cuidado de ancianos." Los profesionales tener una red de cuidar de ancianos, en un contexto de facilidades y barreras, con el objetivo de satisfacer las demandas emergentes para establecer la atención. El objetivo de este estudio fue desarrollar un modelo teórico de la atención de personas mayores en la Red de Salud de Atención Primaria SUS-BH. Y los objetivos específicos: Analizar la red de atención de la salud establecido en la atención primaria de salud para los ancianos SUS-BH; identificar las interacciones establecidas por el flujo de cuidado de ancianos en el SUS-BH, analizar su interprofesional interacciones e influir en el proceso de inter-redes de atención médica para el cuidado de ancianos y amplia para las personas mayores. Se trata de un estudio descriptivo y cualitativo de carácter exploratorio sobre la base de la Teoría Fundamentada. Los datos fueron recolectados entre noviembre y diciembre de 2011, con dos grupos de la muestra, cuyos instrumentos fueron los grupos focales y entrevistas individuales, por un total de 20 profesionales de la APS y el Centro de Rehabilitación Social de Salud del Distrito Noroeste, interrumpiendo con saturación de los datos. Respetado a la ética. Análisis de los datos coincidió con la colección, siguiendo el proceso de codificación abierta, axial y selectiva que, emergiendo de las siguientes categorías: funcionamiento de una red de atención a las personas mayores en la APS, discutiendo el contexto de cuidado de los ancianos, las barreras y la realización de los nuevos centros de atención reflexionar sobre las interacciones profesionales en el contexto de la red de atención de salud para los ancianos, la búsqueda de formas de manejar la atención a las personas mayores, la creación de una red de atención a las personas mayores en la APS. Estas categorías fueron a la categoría central: La Red de Atención de Salud desarrollado para el cuidado de los ancianos en la Primaria SUS-BH, cuyo modelo teórico fue validado por el tercer grupo de la muestra. El rigor metodológico requerido de TFD y la circularidad dinámica hacen que el modelo desarrollado sujetos a críticas y sugerencias para seguir mejorando. Por lo tanto, no se puede decir que el modelo se construye. Hay oportunidades para el crecimiento, para motivar la aparición de otras preocupaciones por parte de los investigadores y profesionales que se (re) construcción (re) definir las prácticas profesionales y de influir en las políticas públicas para fortalecer la atención sobre el cuidado de ancianos y calificar.

Palabras clave: redes de cuidado de ancianos, cuidado de la salud, atención primaria, enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Fluxograma de atendimento ao idoso no SUS-BH.....	29
FIGURA 2 - Saúde e funcionalidade	38
MAPA 1: Município de Belo Horizonte e seus nove Distritos Sanitários.....	87
MAPA2: Distribuição da População por área de abrangência no Distrito Sanitário Noroeste	88
MAPA3: Distrito Noroeste, segundo o índice de Vulnerabilidade Social.....	89
DIAGRAMA 1 - Processo de Análise dos Dados: codificação aberta, axial e seletiva e categorização	68
DIAGRAMA 2 - Atenção Primária à Saúde como centro organizador do cuidado.....	90
DIAGRAMA 3 - Operando a rede de cuidados ao idoso na APS.....	95
DIAGRAMA 4 - Discutindo o contexto de atendimento ao idoso, percebendo barreiras e facilidades do cuidado APS.....	108
DIAGRAMA 5 - Refletindo sobre as interações profissionais no contexto de cuidados ao idoso.....	109
DIAGRAMA 6 – Tentando incluir o cuidado ao idoso na APS.....	116
DIAGRAMA 7 - Construindo a rede para o cuidado ao idoso na APS.....	127
DIAGRAMA 8 – A Rede de Atenção à Saúde desenvolvida para o cuidado à pessoa idosa na Atenção Primária do SUS-BH.....	149

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Dimensões do cuidado	52
QUADRO 2 – Apresentado os domínios e as categorias.....	93
QUADRO 3 - O conceito de rede de atenção para o cuidado ao idoso.....	96
QUADRO 4 - A articulação da rede de cuidados na APS.....	97
QUADRO 5- Comunicação: ponto central da rede.....	100
QUADRO 6- Chegando ao Centro de Saúde.....	103
QUADRO 7 - Experimentando estratégias para o cuidado ao idoso.....	105
QUADRO 8 - A demanda é soberana impondo o atendimento ao idoso.....	107
QUADRO 9 - A saúde do idoso na visão dos profissionais da APS.....	110
QUADRO 10 - Sentindo de menos valia.....	111
QUADRO 11 - A interação da enfermagem com a rede a partir do cuidado ao idoso.....	113
QUADRO 12 – Buscando estratégias para o cuidado ao idoso.....	117
QUADRO 13 - Tentado acertar.....	120
QUADRO 14 - O alcance da rede.....	124
QUADRO 15 - Ficando o cuidado a deriva.....	128
QUADRO 16 – Interagindo para a produção do cuidado em rede a partir da APS.....	131
QUADRO 17 - Percebendo e avaliando a produção do cuidado na perspectiva de rede	132
QUADRO 18 –A conexão/interconexão das categorias.....	138

LISTA DE TABELAS

1- Compendo a amostra.....	84
2- Grupo Amostral A.....	85
3- Grupo Amostral B.....	86
4- Grupo Amostral C.....	173

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária em Saúde

CEM - Centro de Especialidades Médicas

Conasems - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

Conass - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

CRAS- Centro de Referência da Assistência Social

CREABs - Centros de Reabilitação

CS - Centro de saúde

ESF - Equipe Saúde da Família

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NEPCDH - Núcleo de Estudo e Pesquisa em Cuidado e Desenvolvimento Humano

PBH - Prefeitura de Belo Horizonte

PNI - Política Nacional do Idoso

PNSI - Política Nacional de Saúde do Idoso

QV - Qualidade de vida

RAS - Redes de atenção à saúde

RENADI - Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa

SISREDE - Sistema de Informação Saúde em Rede

SMSA - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SUS - BH-Sistema único de Saúde-Belo Horizonte

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	22
CAPÍTULO I	
1.1 Proposta de pesquisa.....	26
1.2 Objetivos.....	33
1.2.1 Objetivo geral.....	33
1.2.2 Objetivos específicos	33
CAPÍTULO II	
2 Uma síntese sobre o envelhecimento e a saúde do idoso no Brasil.....	35
CAPÍTULO III	
3 Marco teórico.....	42
3.1 Redes de Atenção em Saúde.....	42
3.2 Cuidado em saúde: conceitos, proposituras e desafios.....	47
3.3 Atenção Primária à Saúde	53
3.4 Desafio da humanização da atenção e gestão em saúde.....	55
3.5 Políticas públicas de atenção à saúde da pessoa idosa no Brasil.....	58
3.6 Origem da Teoria Fundamentada nos Dados.....	61
3.7 A Teoria Fundamentada nos Dados – o método.....	65
CAPÍTULO IV	
4 Percurso metodológico.....	72
4.1 Primeiras reflexões sobre o método.....	72
4.2 Tipos de dados.....	73
4.3 Tipos de amostras.....	75
4.4 Tipo de estudo	76

4.5	Inserção no campo	79
4.6	Conduta ética da pesquisa.....	79
4.7	Coleta de dados	79

CAPÍTULO V

5	Análise dos dados.....	83
5.1	O desenvolvimento da rede de atenção para o cuidado ao idoso na perspectiva da atenção primária.....	83
5.2	Caracterizando a amostra.....	83
5.3	Caracterizando os cenários da pesquisa.....	87
5.4	Compreendendo o processo de codificação.....	91
5.5	Apresentando as categorias, subcategorias e os códigos.....	93
5.5.1	Categoria 1: Operando a rede de cuidados ao idoso na APS.....	93
5.5.2	Categoria 2: Discutindo o contexto de atendimento ao idoso, percebendo barreiras e facilidades para o cuidado.....	101
5.5.3	Categoria 3: Refletindo sobre as interações profissionais no contexto de cuidados ao idoso.....	108
5.5.4	Categoria 4: Tentando incluir o cuidado ao idoso na APS.....	116
5.5.5	Categoria 5: Construindo a rede para o cuidado ao idoso na APS.....	126

CAPÍTULO VI

6	Compreendendo a interconexão das categorias.....	136
6.1	Operando a rede de cuidados ao idoso na APS.....	140
6.2	Discutindo o contexto de atendimento ao idoso, percebendo barreiras e facilidades do cuidado.....	142
6.3	Refletindo sobre as interações profissionais no contexto da rede de cuidados ao idoso.....	143
6.4	Tentando incluir o cuidado ao idoso na APS.....	145
6.5	Construindo a rede para o cuidado ao idoso na APS.....	146
6.6	A Rede de Atenção à Saúde desenvolvida para o cuidado à pessoa idosa	

	na Atenção Primária.....	148
CAPÍTULO VII		
7	Discutindo o fenômeno central.....	151
CAPÍTULO VIII		
8	Considerações finais.....	172
8.1	Validando o modelo teórico da tese.....	172
	REFERÊNCIAS	178
	APÊNDICES	197
	ANEXOS	203

*A*presentação



APRESENTAÇÃO

Após algum tempo de experiência profissional como enfermeira na atenção primária à saúde e na saúde da família e docente da capacitação do projeto: "*Qualificação do cuidado ao idoso frágil*" da Secretaria de Saúde do Município de Belo Horizonte, é que me vi motivada com a saúde do idoso. Minha atuação foi se consolidando com ênfase no atendimento à pessoa idosa seja na modalidade individual, seja nas atividades coletivas ou grupos socioeducativos.

No desenvolvimento do Mestrado, esse interesse foi se ampliando à medida que eu percebia a presença cada vez mais intensa de idosos nos grupos socioeducativos na atenção primária. Isso me suscitou estranhamento em relação à visão dos profissionais e à necessidade de inclusão dos idosos com suas especificidades na atenção primária à saúde. Visão que antes eu não tinha porque a minha prática, no contexto em que eu encontrava inserida, não me permitia ver. Foi este deslocamento provocado pela pesquisa do Mestrado que me permitiu perceber, na prática, as idiossincrasias do cuidado ao idoso na rede de atenção, fato que me parecia pouco discutido pela academia.

Após o Mestrado, como membro efetivo do Núcleo de Pesquisa em Cuidado e Desenvolvimento Humano, participei do projeto *Qualidade de Vida e Perfil Sociodemográfico e Epidemiológico de Idosos Acompanhados em UBS de Belo Horizonte*. O desenvolvimento desse estudo instigou-me para questões relativas à rede de atenção à saúde, à oferta de serviços, atendimento com foco na doença essencialmente e alguns cuidados específicos para a pessoa idosa do ponto de vista da funcionalidade que não eram abordadas como rotina.

Concluí o Mestrado, e com essas contingências mencionadas, procurei focar, no Doutorado, a temática do cuidado ao idoso na

perspectiva de rede de atenção. Foi desafiador elaborar o projeto de pesquisa, pois minha formação cartesiana entrava em choque com os pressupostos da Teoria Fundamentada nos Dados que foi identificada como adequada para o desenvolvimento deste estudo.

Foi necessário a elaborar um referencial temático para organizar a compreensão do contexto e respaldar a problematização. Destaca-se que o referencial da saúde coletiva foi fundamental para entender as concepções de cuidado em saúde, linha do cuidado, atenção primária e o *setting* desses na legislação vigente para redes de atenção, humanização da atenção e da gestão, política nacional de saúde da pessoa idosa, a fim de subsidiar a análise com vistas ao desenvolvimento do modelo teórico da rede de atenção para o cuidado ao idoso.

Ao longo do Doutorado, a experiência em outros campos do conhecimento cursando disciplinas em outros programas como no da Ciências Sociais, em Metodologias Quantitativas (MQ) e no da FIOCRUZ/Minas, em Metodologia Qualitativa, enriqueceu-me na formação para pesquisa ampliando minha visão, possibilitando-me escolhas mais consistentes. Essa trajetória foi um privilégio e fortaleceu-me para seguir adiante com a proposta e encarar os desafios que não foram poucos. E foi um bálsamo quando li a afirmação de Polkinghorne (1988) de que o trabalho qualitativo procura “um conhecimento que aprofunda e alarga a compreensão da existência humana”.

Assim, a imersão nesta pesquisa possibilitou-me estar num cotidiano impar remetendo-me para “a ideia de buscar aquilo que estava fundamentado ou enraizado na especificidade da realidade a ser investigada.” O aporte do interacionismo simbólico, gênese da Teoria Fundamentada nos Dados, apontava para mim a todo tempo os princípios que mostravam respeito pela natureza da vida e da conduta do grupo humano, estando a vida grupal ligada à condição essencial para a consciência, mundo de objetos e construção de atitudes (BIUMER, 1969). Com isso, um olhar mais refinado foi se desenvolvendo, seguido de mais sensibilidade com o método e a pesquisa. Ao longo do processo da coleta

de dados e análise de novos caminhos, ia se apresentando o que possibilitou a construção de metodologias e estratégias de análise da rede viva (da natureza e da conduta dos profissionais, independente de suas formações) em seu cotidiano de cuidado à pessoa idosa.

Neste relatório de tese, tem-se apresentado o delineamento conceitual do fenômeno da pesquisa e a teoria da rede de atenção à saúde para o cuidado à pessoa idosa, modelo teórico, organizados em 08 capítulos de difícil síntese por trabalhar com conceptualizações e incomparável complexidade metodológica.

Esta pesquisa inicia-se pela apresentação; após, segue o Capítulo I com a problematização do fenômeno, trazendo, em seguida, os objetivos. O Capítulo II contém o referencial temático e a contextualização e o Capítulo III trata do marco teórico e conceitual que orientou o estudo. No Capítulo IV, tem-se o referencial metodológico utilizado para a investigação. Na sequência, o Capítulo V apresenta o desenvolvimento da pesquisa e o processo de construção das categorias, organizadas com os códigos, subcategorias e seus diagramas representativos, incluindo parte dos dados empíricos e a análise da realidade empírica. O Capítulo VI foca a conexão/interconexão das categorias, seguido do Capítulo VII onde se faz uma discussão com os autores sobre o fenômeno central.

Por fim, traço as considerações finais desta pesquisa, para este momento, considerando a provisoriedade do conhecimento e que outros olhares sobre esta mesma realidade venham enriquecê-la e instigar um *continuum*.

Capítulo I



❧

Comece fazendo o que é necessário, depois
o que é possível e, de repente,
você estará fazendo o impossível.

São Francisco de Assis

1.1 Proposta de pesquisa

No Brasil, o envelhecimento global é um fenômeno que traz repercussões para a economia, políticas públicas e Atenção Primária em Saúde (APS) assim como repercutem as novas demandas para o sistema de saúde, destacando-se a necessidade de respostas ao envelhecimento tanto nos serviços de saúde quanto em seu contexto sociofamiliar e cultural (CHAIMOWICZ, 1997; MINAYO; COIMBRA JR, 2002; VERAS *et al.*, 2005; VERAS, 2007; MORAES, 2012).

Na economia, a WHO (2005) afirma que, em relação aos gastos públicos, esses são cada vez maiores com assistência médica, que a velhice em si não está associada ao aumento das despesas médicas, mas são as deficiências e a saúde precária, frequentemente associadas à velhice, que oneram os custos. Se as pessoas envelhecerem com uma saúde melhor, as despesas médicas, provavelmente, não aumentarão de modo tão rápido.

Esse cenário coloca na roda de debate as redes de atenção à saúde que tratam do cenário epidemiológico, caracterizado pela tripla carga de doenças, e das vertentes de condição crônica e condição aguda na perspectiva da atenção a partir da Atenção Primária em Saúde (APS) (AUTUN *et al.*, 2010; MENDES, 2011).

O Ministério da Saúde estabeleceu como diretriz em 2010 a portaria 4.279 de 30 de dezembro 2010, referindo-se à organização da atenção e da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), tema que até então não tinha entrado na pauta de decisões do governo nessa perspectiva de

legislação. A rede de atenção e gestão expressa um cenário de intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas caracterizadas por lacunas assistenciais importantes; financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde, ou seja, uma configuração inadequada de modelos de atenção marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção (BRASIL, 2010). Reforça, ainda, que a organização em rede, naquela época, não conseguia acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas, fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; a pulverização dos serviços nos municípios e pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na APS.

Segundo o Brasil (2010), o cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças socioeconômicas e de necessidades de saúde da população entre as diversas regiões deste país.

Nessa lógica, em Minas Gerais, em Belo Horizonte, assim como em outros municípios dos estados brasileiros, a assistência ao idoso na APS tem sido responsabilidade das equipes de saúde da família desde sua implantação e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm sido a principal porta de entrada no sistema para essa clientela. No decorrer desses 10 anos de Estratégia de Saúde da Família, observa-se a crescente demanda de pessoas idosas que buscam assistência na APS, constituindo-se em um dos maiores desafios à saúde da pessoa idosa para os profissionais da saúde da família.

Na tentativa de responder às questões decorrentes dessa realidade e da integração da rede, o Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes para organização das redes de atenção à saúde (RAS). E, ainda, em sintonia com o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a), foi aprovada a Política

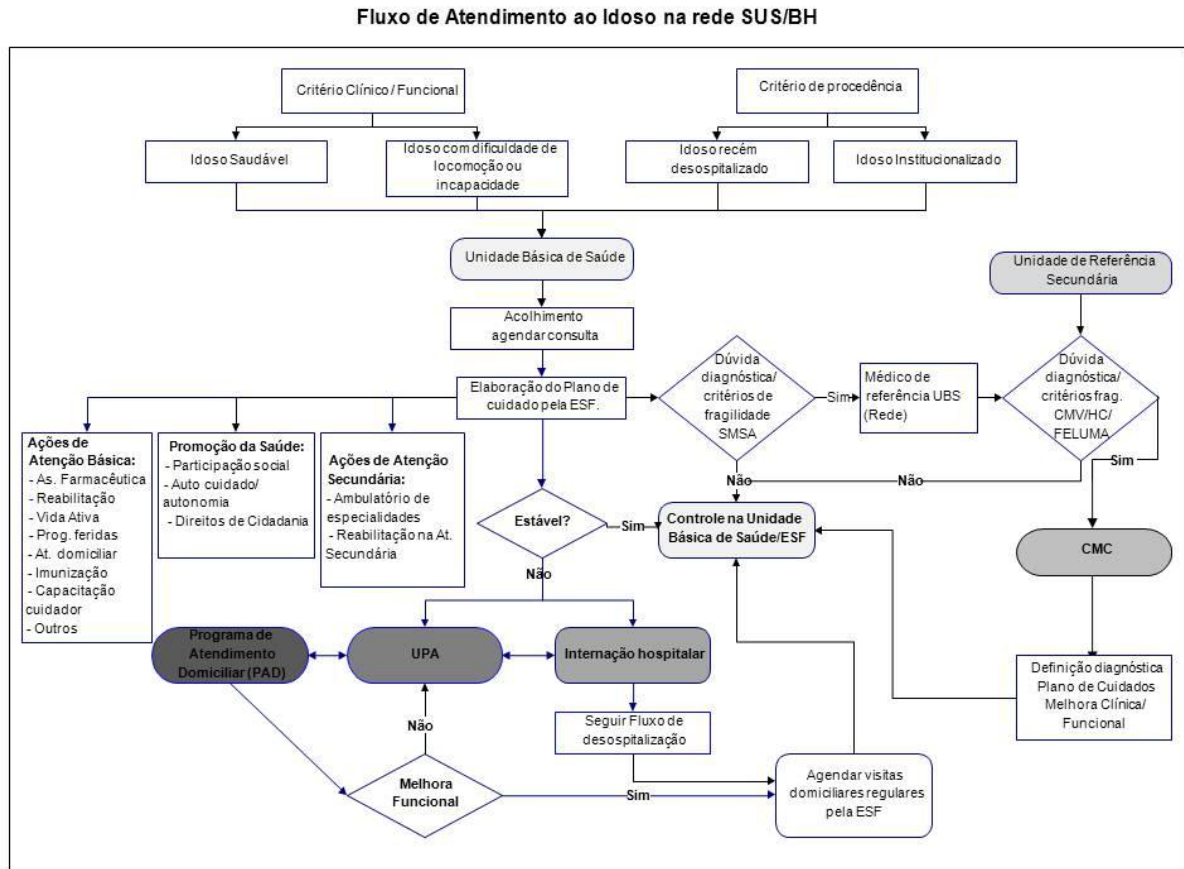
Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) (BRASIL, 2006a) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011), ambas voltadas para a configuração de um modelo de atenção capaz de responder às condições crônicas e às condições agudas e promover ações de vigilância e saúde, efetivando a APS como eixo estruturante da RAS no SUS.

A RAS é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

No Sistema Único de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (SUS-BH), há a organização em um formato de rede de atenção à saúde, hierarquizada. Para o cuidado ao idoso, essa rede é traduzida em “fluxograma de atendimento ao idoso”. No entanto, o fluxo de atendimento, seguido pelos profissionais de saúde que operam essa rede a partir da APS, mostra-se como um modelo de rede de atenção diferenciado para o cuidado ao idoso, não reconhecido pela gestão, mas que já supera esse fluxograma que deixa encoberta a complexidade do cuidado ao idoso e as interações necessárias. Os profissionais da atenção primária constroem uma rede para cuidar do idoso, relativa às suas interações, num contexto marcado por facilidades e barreiras, objetivando responder às demandas emergentes para estabelecer cuidados.

Considerando a proposta apresentada, no *fluxo de atendimento ao idoso na rede SUS-BH*, encontramos dois critérios de classificação do idoso que chega ao UBS, que segue uma estratificação de acordo com a capacidade funcional de autonomia e independência, quais sejam, idoso saudável, idoso com dificuldade de locomoção, idoso recém-desospitalizado e idoso institucionalizado, que configuram a entrada ou o retorno do idoso para sua área adscrita e de referência na atenção primária à saúde, a saber (figura 1):

FIGURA 1: Fluxo de atendimento ao idoso na rede SUS-BH



Fonte: SMSA/PBH

Como exemplo, o idoso que chega à recepção da Unidade Básica, na maioria das vezes, é encaminhado para o enfermeiro da equipe que faz a primeira escuta e providencia o encaminhamento de acordo com o fluxo interno diferenciado em cada local. A avaliação naquele momento considera o critério etário e clínico; os critérios de procedência e funcional não têm visibilidade. É a clínica que define o fluxo e não se percebe uma proposta para elaboração de plano de cuidados pela equipe de saúde da família. O fluxo se apresenta reducionista e variado: trocas de receitas, grupos socioeducativos, consulta médica, consulta de enfermagem, atendimento do serviço social, saúde bucal e atendimento de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF e, na maioria das vezes, impera o agendamento de consulta médica, dada a natureza da demanda, ou seja, caso agudo. É um fluxo, como se pode observar, ainda centrado

na doença, estando, no mesmo espaço, acolhimento e consulta médica e, a partir disso, é que se abre um leque de opções e de serviços. Mas não aparece que apenas o médico faz os encaminhamentos para as especialidades e urgências. Outros encaminhamentos ocorrem informalmente nas necessidades e, ainda, são negociáveis entre a equipe multiprofissional que não tem visibilidade nesse fluxo nem é contemplado nos protocolos assistenciais. E, assim, essa população tem entrado numa espécie de gargalo, conforme o próprio desenho do fluxo: critério para entrada, afunilamento no acolhimento e consulta médica, prioriza-se o agudo e o restante dos serviços fica pouco explorado, pouco conhecido pelos profissionais e a população na fila do agudo.

O Brasil apresenta uma taxa de envelhecimento populacional exuberante, esse contexto vem se delineando de forma acelerada e essa rápida transição demográfica e epidemiológica traz grandes desafios, pois é responsável pelo surgimento de novas demandas de saúde, especialmente a “epidemia de doenças crônicas e de incapacidades funcionais”, resultando em maior e mais prolongado uso de serviços de saúde (MINAYO; COIMBRA JR., 2002; MORAES, 2012). Segundo Veras (2007), os serviços de saúde precisam responder adequadamente a essa situação, que, por sua vez, vem impactando na qualidade de assistência ao envelhecimento e na funcionalidade numa realidade de sobreposição das situações agudas às crônicas na APS. Emergem, nesse contexto, as limitações em relação ao manejo do cuidado ao idoso que se fazem presentes, seja em relação ao idoso robusto, seja com alguma fragilidade.

Sabe-se que a assistência à saúde da pessoa idosa no SUS-BH é orientada por protocolos clínicos da saúde do adulto, ainda com foco nas doenças crônicas não-transmissíveis, sem qualquer especificidade, em detrimento da funcionalidade. É notória essa condição nos UBS cujos prontuários eletrônicos existem para todos os ciclos de vida, para doenças crônicas como diabetes *mellitus* e hipertensão arterial, saúde mental, exceto para a saúde do idoso até o momento.

Dessa forma, consideramos que a saúde do idoso no SUS-BH não tem visibilidade nos protocolos assistências informatizados da instituição, ou seja, a rede de atenção à saúde não se apresenta integrada como um todo e a saúde do idoso parece caminhar lentamente no debate da gestão, apesar de constar no plano municipal da saúde de Belo Horizonte (PBH, 2009).

Considerando a concepção de rede de atenção à saúde questiona-se: que modelo teórico de cuidado tem orientado a assistência para a saúde do idoso no SUS-BH? Que interações são estabelecidas na rede de atenção para o cuidado ao idoso? Como essas interações acontecem para garantir a rede de cuidado ao idoso?

Assim, as inquietações têm repousado não apenas sobre o desafio do cuidado à pessoa idosa, mas sobre a rede de atenção para o cuidado ao idoso na perspectiva da APS, outrossim, das repercussões num futuro próximo da qualidade do cuidado ao contingente de pessoas acima de 60 anos, conforme demonstram as projeções demográficas que as pessoas estarão envelhecendo com mais fragilidades e incapacidades. Perante o exposto, delineam-se os seguintes pressupostos:

PRESSUPOSTO I

A saúde do idoso constitui um desafio para a sociedade, sendo, entretanto, um dos eixos prioritários do Pacto pela Vida (BRASIL, 2006a).

PRESSUPOSTO II

A manutenção da capacidade funcional de pessoas idosas também constitui um desafio para os serviços de saúde e para os profissionais de saúde (MINAYO; COIMBRA JR., 2002; VERAS *et al.*, 2005).

PRESSUPOSTO III

A diversidade dos processos na APS, a real inclusão da saúde do idoso, nesse contexto, exigem uma estrutura de rede densa de serviços

(Barceló *et al*, 2012), profissionais e relações para a produção do cuidado nesse ciclo de vida.

Assim, reporta-se ao trabalho vivo em ato (MERHY, 2003) no qual, muitas vezes, o profissional de saúde tem que imprimir cuidados específicos como é o caso do cuidado ao idoso, considerando que é ele que se encontra no enfrentamento das situações que emergem no cotidiano na APS.

No paradigma de um cuidado que se intensifica na APS com o passar dos anos, que até então tem seus protocolos assistenciais, fluxos bem estabelecidos para patologias e outros ciclos de vida, depara-se com essa lacuna para a saúde do idoso, apesar da avançada política pública que se tem no Brasil para esse segmento.

A busca de respostas a essas questões foi guiada pela construção de um quadro teórico específico de referências que articulou: o referencial temático que incluiu o fenômeno do envelhecimento e a saúde do idoso; o referencial teórico conceitual da Saúde Coletiva incluindo as Redes de Atenção à Saúde, Cuidado em saúde, a Atenção Primária à Saúde, Política de Humanização e, por fim, o arcabouço legal da Política Pública Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para entender o fenômeno de investigação deste estudo no trabalho de campo em que se propôs desenvolver um modelo teórico de cuidado ao idoso, em rede, na perspectiva da APS.

Estudos realizados envolvendo a saúde da pessoa idosa, na maioria das vezes, têm focalizado o idoso e a saúde da família, idoso e a humanização, idoso e o cuidado (SANTOS *et al*, 2008; BORGES; TELLES, 2010; LIMA *et al*, 2010; PORTELLA, 2010) e não a rede de atenção à saúde, conforme se propôs nesta pesquisa.

Com este estudo, espera-se contribuir para a reorientação da saúde do idoso no âmbito da Atenção Primária à Saúde, da gestão em saúde e das políticas públicas, assim como incentivar pesquisas nessa área do conhecimento para retroalimentar a reorientação a que se refere e avançar nessa temática. Espera-se, também, contribuir para construções teóricas que podem intensificar a expansão do conhecimento em

enfermagem e em outras áreas da saúde por meio dos aspectos significativos das experiências dos atores sociais deste estudo.

A relevância desta pesquisa se atribuiu à demanda emergente dos vários espaços de produção do cuidado existentes e assistência à saúde ao idoso, mas, sobretudo à sua inclusão e promoção na rede de atenção à saúde.

A cidade de Belo Horizonte reflete a situação do país que, até os últimos 25 anos, teve sua política socio sanitária voltada para as ações materno-infantil. Atualmente, há necessidade de identificar-se o nível de dependência dos idosos residentes, promover um acompanhamento diferenciado em cada situação que transcende os serviços de saúde. Para, além disso, cuidar, dinamicamente, da promoção de qualidade de vida dessa população na heterogeneidade e diversidades em que se encontra.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

- desenvolver o modelo teórico do cuidado ao idoso em Rede de Atenção à Saúde a partir da Atenção Primária em Saúde do SUS-BH.

1.2.2 Objetivos específicos

- analisar a rede de atenção à saúde estabelecida na Atenção Primária em Saúde para o cuidado à pessoa idosa do SUS-BH,
- identificar interações estabelecidas a partir do fluxo de atendimento ao idoso no SUS-BH,
- analisar como as interações interprofissionais e interserviços influenciam no processo das redes de atenção à saúde do idoso e na integralidade do cuidado ao idoso.

Capítulo II



2 Uma síntese sobre o envelhecimento e a saúde do idoso no Brasil

O rápido processo de envelhecimento, nos países em desenvolvimento, tem ocorrido em razão da transição demográfica e epidemiológica, já tão discutida em vários estudos (CHAIMOWIKZ, 1997; LEBRÃO; DUARTE, 2003; OLIVEIRA; ARAÚJO; MOREIRA, 2004). Esse envelhecimento populacional, fenômeno que traz repercussões para as políticas socio sanitárias e a implementação do Programa Saúde da Família, vem trazer à tona novas demandas para o sistema de saúde, destacando-se a necessidade de respostas ao envelhecimento tanto nos serviços de saúde quanto no contexto sociofamiliar e cultural (FERNANDES; SOARES, 2012).

Conforme fontes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2010, a população brasileira era de 190.755.799 habitantes, dos quais 20.590.599 eram considerados idosos (idade \geq 60 anos), correspondendo a 10,8% da população brasileira. Percebe-se claramente uma rápida mudança na representatividade dos grupos etários: o grupo de crianças do sexo masculino de zero a quatro anos, por exemplo, representava 5,7% da população total em 1991, enquanto o feminino representava 5,5%. Em 2000, esses percentuais caíram para 4,9% e 4,7%, chegando a 3,7% e 3,6% em 2010. Simultaneamente, o alargamento do topo da pirâmide etária pode ser observado pelo crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010 (14.081.480 habitantes). Em 1991, o grupo de 0 a 15 anos representava 34,7% da população. Em 2010, esse número caiu para 24,1% (IBGE, 2010).

Os principais determinantes dessa acelerada transição demográfica no Brasil são a redução expressiva na taxa de fecundidade, associada à forte redução da taxa de mortalidade infantil e ao aumento da expectativa de vida. Estima-se que, em 2025, o Brasil ocupe o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Em 2050, as crianças de 0 a 14 anos representarão 13,15%, ao passo que a população idosa alcançará os 22,71% da população total.

O Brasil apresenta uma taxa de envelhecimento populacional exuberante. Hoje, a expectativa média de vida do brasileiro se amplia de tal forma que grande parte da população atual alcançará a velhice, tratando-se de um importante contingente populacional que, certamente, tem experiência de vida, qualificação e potencialidades a oferecer à sociedade (LEBRÃO; DUARTE, 2003). Embora já apresentem um perfil demográfico semelhante ao dos países do primeiro mundo, os grandes centros populacionais brasileiros ainda não dispõem de infraestrutura de serviços que deem conta das demandas decorrentes das transformações demográficas vigentes (VERAS, 2007). Assim, o envelhecimento no Brasil, na América Latina e Caribe,

É regido por duas forças: uma é imutável pois é resultado da história demográfica passada e a outra, é improvável que seja maleável uma vez que é o resultado de amplos macroprocessos com uma dinâmica própria poderosa (LEBRÃO; DUARTE, 2003, p. 15).

A evidência do processo de transição demográfica implica, necessariamente, em redirecionamento das políticas públicas, em especial daquelas voltadas para aspectos da saúde da população. Deve-se ter atenção especial ao padrão de crescimento diferenciado por idade (baixo no segmento jovem; alto na população em idade ativa até 2025; altíssimo no contingente de idosos) na formulação de políticas públicas (WONG; CARVALHO, 2006, p. 9).

O envelhecimento populacional também traz outros desafios ao elevar significativamente a demanda por serviços de saúde e aumentar o

contingente de pessoas com deficiências físicas e financeiras (GONÇALVES *et al*, 2006), impactando a produção de serviços em educação, assistência social, saúde, etc. Chaimowikz (2009) destaca que o acelerado processo de envelhecimento populacional no Brasil tem trazido a necessidade de organização de serviços de saúde e revisão de políticas públicas. Os dados epidemiológicos revelam que os agravos e as vulnerabilidades dos idosos brasileiros são impactantes no perfil de morbimortalidade atual, com destaque para as classes populares (CHAIMOWICZ, 2004).

Dessa forma, define-se saúde como uma medida da capacidade de realização de aspirações e da satisfação das necessidades e não simplesmente como a ausência de doenças (MORAES, 2012). A saúde está centrada na funcionalidade global do indivíduo que é a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo (CECÍLIO, 2011). A pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar suas atividades, sozinha, de forma independente e autônoma, mesmo que tenha doenças (MORAES, 2009). A maioria dos idosos é portadora de doenças ou disfunções orgânicas que, por vezes, não estão associadas à limitação das atividades ou à restrição do desempenho de seu papel social. Assim, a portaria que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa considera que “o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica” (BRASIL, 2006b).

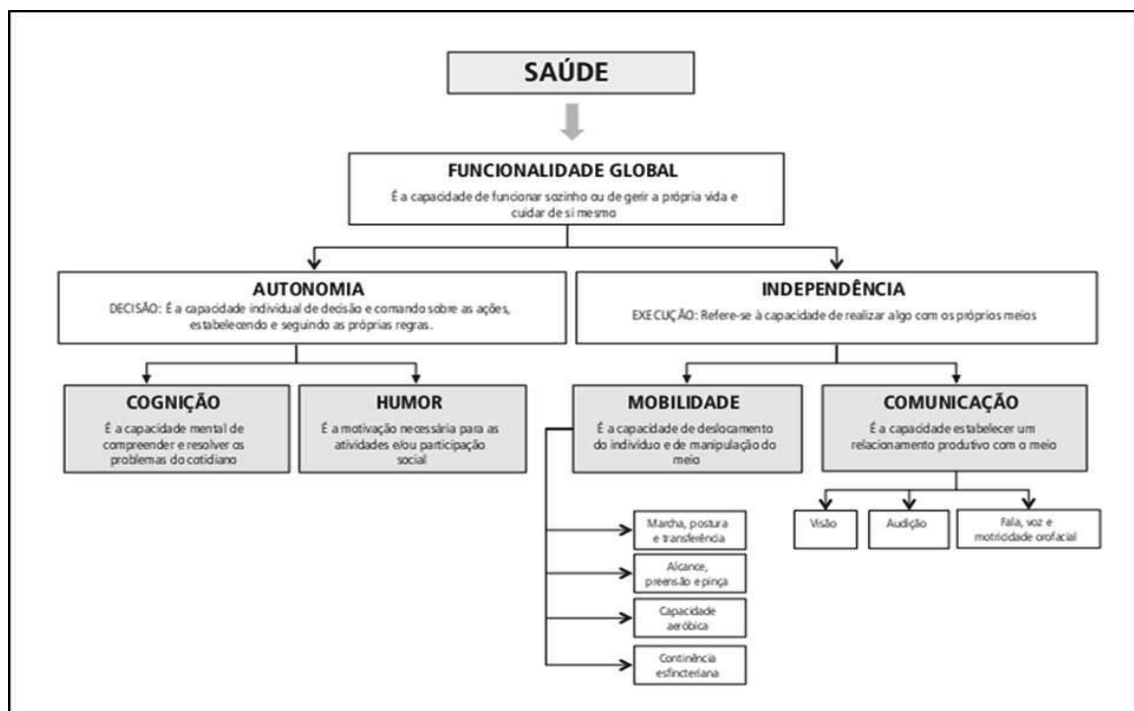
A independência e autonomia estão intimamente relacionadas ao funcionamento integrado e harmonioso dos seguintes sistemas funcionais principais (BRASIL, 2006b):

- cognição: é a capacidade mental de compreender e resolver os problemas do cotidiano,
- humor: é a motivação necessária para atividades e/ou participação social. Incluindo outras funções mentais como o nível de consciência, a sensopercepção e o pensamento,

- mobilidade: é a capacidade individual de deslocamento e de manipulação do meio onde o indivíduo está inserido. Depende da capacidade de alcance, preensão, pinça (membros superiores), postura, marcha, transferência (membros inferiores), capacidade aeróbica e continência esfincteriana,
- comunicação: é a capacidade estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias, sentimentos; e está intimamente relacionada à habilidade de se comunicar. Depende da visão, audição, fala, voz e motricidade orofacial.

Na avaliação da pessoa idosa, propõe-se o esquema apresentado na figura 2:

FIGURA 2: Saúde e funcionalidade



Fonte: Brasil, 2006.

A funcionalidade global é o ponto de partida para a avaliação da saúde do idoso, autonomia e independência e deve ser realizada de forma minuciosa, utilizando-se, além dos testes específicos, todos os informantes, familiares ou não, desde que convivam com o paciente e sejam capazes de detalhar o seu desempenho em todas as atividades de

vida diária. A presença de declínio funcional não pode ser atribuída ao envelhecimento normal e, sim, às incapacidades mais frequentes no idoso (MORAES, 2012).

No contexto do envelhecimento, destaca-se o idoso, em decorrência de suas particularidades, no campo da assistência social e da atenção à saúde. Entre as questões que precisam ser consideradas, estão a necessidade de serviços diferenciados para esse público; as mudanças que deverão acontecer na forma de a sociedade pensar o envelhecimento; a insuficiência das políticas públicas de saúde relacionadas ao idoso (MINAYO; COIMBRA JR., 2002; FERNANDES; SOARES, 2012).

As diversas demandas nos serviços de saúde requerem um reposicionamento do Estado, das instituições de saúde e da sociedade em relação ao envelhecimento em seu melhor nível de qualidade, que resulta na necessidade de profissionais habilitados proverem cuidados a idosos autônomos e dependentes. O sistema de saúde do Brasil precisaria se adaptar para atender a esse volume maior de pessoas idosas, que demandam cuidados diferentes por apresentarem quadro de morbidade diferenciado (AGOSTINHO, 2006). E, ao mesmo tempo, melhor se prepararem os serviços de saúde para responderem às demandas sociais, sanitárias, econômicas e afetivas – de magnitudes, muitas vezes, desconhecidas que, ao longo da primeira década deste século, tiveram incremento de, aproximadamente, meio milhão de idosos ao ano e a progressão demográfica indica mais de um milhão ao chegar a 2020 (LEBRÃO; DUARTE, 2003).

Dessa forma, o envelhecimento populacional pode, talvez, representar mais um problema que uma conquista da sociedade, na medida em que os anos de vida ganhos não sejam vividos em condições de independência e saúde (CHAIMOWICZ, 1997) e que o acesso à saúde e a outros serviços sociais não se distribua de forma equitativa.

O Brasil tem hoje, segundo estimativas do IBGE (2010), 19 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. É importante destacar que, desse número, aproximadamente 75% encontram-se muito bem vivendo de

forma independente, sem precisar de auxílio para as suas atividades cotidianas. Para essa população, é fundamental manter as atividades de promoção e de prevenção, a fim de que continue vivendo de forma independente e autônoma, mantendo sua cidadania.

Outro dado importante é que 20% a 25% de idosos que já desenvolveram algum grau de dependência (IBGE, 2010), e essas pessoas precisam de um atendimento diferenciado na saúde e em outros setores também (BRASIL, 2006b). E é isso que o estatuto coloca como atendimento prioritário ao idoso.

Calcula-se que em torno de 70% a 80% das pessoas idosas são dependentes, única e exclusivamente, dos serviços públicos de saúde (IBGE, 2010). Perante essa realidade, Telles (2012) corrobora, conforme já apontado, que os serviços e saúde da rede pública precisam se adequar ao envelhecimento populacional, principalmente, à atenção básica, que foi praticamente construída para lidar com o binômio mãe/filho e com as doenças transmissíveis. No entanto, agora, estão se deparando cada vez mais com pessoas idosas, com portadores de doenças crônicas, principalmente, hipertensão e diabetes, e precisam ter um novo olhar, não mais na doença, mas na funcionalidade dessas pessoas. Para isso é preciso estar instrumentalizando essa rede para que ela possa dar resposta às demandas da população.

Segundo Chaimowicz (2009), em um futuro próximo, as medidas direcionadas à manutenção e recuperação da independência funcional terão que revolucionar os modelos de cuidado, criando um paradigma que enfatize a reabilitação do idoso e a integração das ações públicas com os mecanismos de suporte familiar.

Assim, a racionalização dos procedimentos de alta tecnologia e a ênfase às modalidades, atualmente, alternativas de assistência como os centros-dia, residências assistidas e internações domiciliares, serão estratégias para mitigar o crescimento dos custos com a saúde (CHAIMOWICZ, 2009).

Capítulo III



3 Marco teórico

3.1 Redes de Atenção em Saúde

Segundo Santos (2008), na área pública, há anos busca-se estruturar redes de serviços como uma forma de garantir a efetividade das políticas públicas, uma vez que já se comprovou à exaustão que o modelo burocrático, estático, compartimentado, hierárquico e formal de Estado, não é capaz de sustentar esses direitos operando serviços, na maioria das vezes, com desperdício de tempo e recursos, gerando dificuldades em sua expansão e acesso.

Vários países adotaram estratégias na busca da estruturação dos sistemas nacionais de saúde baseados no conceito das RAS, como forma de atingir os objetivos de prestar assistência às suas populações. Mendes (2007) relata que as redes de atenção à saúde, ainda que tenham suas origens na década de 20, no Reino Unido, toma forma, no mundo atual, com os sistemas integrados de saúde a partir da proposta dos Estados Unidos nos anos 90. Foram gestadas num sistema segmentado, com hegemonia do setor privado, levadas, com adaptações, a sistemas de saúde públicos e privados de outros países. Para o mesmo autor, pode-se encontrar uma interessante recuperação bibliográfica do conceito de RAS que se baseia na farta literatura internacional.

No Brasil, essa modalidade de organização da prestação dos serviços em saúde tem sido intensamente debatida, principalmente pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e encontra-se fartamente referenciada nos referenciais do Pacto pela Saúde.

Os conceitos de redes de atenção se reforçam, referem-se à integração de serviços, os quais serão adotados como guia neste estudo:

...são arranjos organizativos de unidades e ações de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas logísticos, de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL,2010).

...são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por um a missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, por custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, com responsabilidade sanitária e econômica por essa população. Mendes (2010).

De acordo com Lavras (2007), uma rede de atenção à saúde pode ser entendida como um arranjo organizativo de unidades funcionais que desenvolvem atividades de natureza e procedimentos de diferentes densidades tecnológicas, interagindo por meio de sistemas logísticos de apoio e de gestão que buscam garantir a integridade do cuidado. Para a pesquisadora, esse modelo é necessário para que se enfrente a "crônica insuficiência de recursos orçamentários destinados ao SUS e à inadequada utilização desses recursos, gerada pela falta de planejamento regional do sistema.

Trazendo a realidade demográfica, epidemiológica e social brasileira ao debate, esta aponta para a urgência de mudanças e inovação nos modelos de atenção à saúde, direcionados à população idosa. Juntamente com outros fatores como o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico, segundo Mendes (2009), determinam a fase de mudança da atenção à saúde.

A literatura aponta modelos também desenvolvidos nos Estados Unidos, que são o Modelo PACE (The Program of All-Inclusive Care for the Elderly), Guided Care, GRACE (The Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders), direcionados para idosos. Há muitos estudos descritivos sobre esses modelos segundo Mendes (2007), mas pouca evidência de qualidade a respeito de sua efetividade (BRANCH *et al*, 1995; GROSS *et al*, 2004). Uma análise comparativa sugere que o modelo PACE reduziu as internações hospitalares comparadas com o modelo tradicional de atenção, mas que aumentou o uso de enfermagem domiciliar

(NADASH, 2004). A conclusão dos autores sobre esses modelos de prestação de serviços analisados é que não há evidência robusta sobre a predominância de um modelo sobre outros.

A população se modifica, ao longo do tempo, em seu tamanho e estrutura (BERQUÓ, 1991), em qualquer tempo e em qualquer sociedade, deve haver coerência entre a situação da população e o sistema de atenção à saúde. Na atualidade, ocorre, em escala global e, no Brasil, também o rompimento dessa coerência provocou uma crise nos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2009). Esses sistemas são caracterizados por estrutura piramidal, descontinuidade da atenção, foco nas situações agudas, tipo intervencionista e curativista, em detrimento das situações crônicas.

As situações crônicas, conforme Mendes (2009), são muito além da doença, são condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida, por exemplo, puericultura, herbicultura, senicultura (monitoramento da capacidade funcional dos idosos), dentre outros. Assim, a análise da carga de doenças, segundo Schram *et al* (2004), é medida em anos de vida percebidos e ajustados por incapacidade e aponta 66,3% das incapacidades por doenças crônicas, o que é alarmante.

A realidade é que esse dilema das situações agudas e crônicas que configuram a fragmentação da assistência tem sido alvo de debates e de buscas de soluções que levaram a discussões de construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS). Assim, surgiram formas de enfretamento como, por exemplo, a premissa da integralidade do cuidado nas cinco linhas do cuidado: saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, saúde mental, saúde bucal e saúde do adulto e idoso.

A Linha de Cuidado é definida como:

modelagens de atenção matriciais que integram ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos populacionais ou necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica, como também, uma visão global das condições de vida (BRASIL, 2006c, p.5).

As redes de atenção à saúde, corroborando Mendes (2007), seguem o tipo *modelagem das redes de atenção à saúde*, podendo ser normativas duras ou normativas leves. Dadas as diferentes realidades econômicas, culturais e sanitárias vigentes no Brasil, a opção foi pela segunda que se propõe adaptável às diferentes realidades do País. Supõe-se que, para operacionalizar redes de atenção à saúde, há conformação social através da interação de três elementos fundamentais: uma população, um *framework* (estrutura) operacional e um sistema lógico (modelo de atenção) (MENDES, 2007).

A *população* é definida, estabelecida, ou não, em territórios sanitários. O *framework operacional* é composto pelos pontos de atenção à saúde: uma unidade de produção específica determinada por uma função de produção singular: unidade de atenção domiciliar; o centro de comunicação das redes que é exercitado pela atenção primária à saúde; os sistemas de apoio que são transversais a todas as redes de atenção à saúde: o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e o sistema de assistência farmacêutica; os sistemas logísticos como os cartões de identificação dos usuários, os prontuários únicos, os sistemas de regulação da atenção (acessos regulados aos serviços) e os sistemas de transportes sanitários; o sistema de governança das redes de atenção à saúde. Por fim, o *sistema lógico* de seu funcionamento, expresso por um modelo de atenção à saúde singular.

A integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto (clínico/terapêutico) coletivo. Essa visão de sistema integrado de saúde tem como representação nuclear uma rede de cuidados com múltiplas dimensões de integração entre os diferentes subsistemas relacionando a Clínica e a Governança às representações e valores coletivos (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 2001).

Nessa mesma lógica, entra a integração de cuidados que consiste numa coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que

sofre com problemas de saúde, com vista a assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Os mesmos autores ampliam essa perspectiva de integração quando focam sua atenção na constituição multidisciplinar de equipes integradas, sua inserção estrutural e participativa na rede dos cuidados. Para efeitos práticos, ela pode ser agrupada sob a denominação de *integração clínica*, a qual se apoia em estratégias de gestão, do financiamento e da informação (integração funcional), que assegurem uma coordenação comum, orientada por um sistema de informações ágil e flexível, capaz de tomar decisões sobre o compartilhamento de responsabilidades, atribuições e recursos financeiros.

De acordo com a PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010, o modelo de atenção à saúde, vigente no sistema público de saúde brasileiro, fundamenta-se nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e insustentável para os enfrentamentos futuros e, ainda, agravados pelo rápido envelhecimento com a carga tripla doenças (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS. A PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010 aponta como solução inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento da RAS para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população (BRASIL, 2010).

A mesma portaria traz, em seu texto, que a organização da RAS, tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de

recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário. No Brasil, o debate sobre RAS adquiriu ênfase a partir do Pacto pela Saúde e seus desdobramentos, sendo a Rede a estratégia essencial para consolidar os princípios de universalidade, integralidade e equidade, efetivando-se em três dimensões: pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e pacto de gestão (BRASIL, 2010).

A literatura é rica em registros referentes à rede de atenção à saúde, o enfoque se faz na APS como coordenadora dos cuidados nos ciclos de vida enquanto situação crônica. No que tange às evidências sobre as redes de atenção à saúde, saúde do idoso, há, na literatura internacional, evidências de boa qualidade de que essas redes podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde (BERNABEI *et al*, 1998; LLEWELLYIN *et al*, 1999).

O cuidado à pessoa idosa, até bem pouco tempo, era da competência da especialidade e dos serviços de urgência. Com o atual cenário do envelhecimento e toda a operacionalização do SUS, tendo como premissa os cuidados primários, o ponto de partida para a atenção primária à saúde, a pessoa idosa passa a ser vista pela saúde pública e politicamente. Os serviços públicos de saúde despertam para a criação do espaço para a saúde da pessoa idosa, ou seja, inclusão, em suas agendas, mas precisam consolidar uma rede da mesma forma como já existem movimentos para as demais linhas de cuidados aos ciclos de vida, porém, diferenciada e exclusiva.

3.2 Cuidado em saúde: conceito, proposituras e desafios

Com a globalização, a forma como concebemos a nós mesmos e a nossa relação com as outras pessoas, é alterada a todo tempo, de forma

profunda, ou seja, áreas específicas e íntimas das nossas vidas, como família, papéis de gênero, sexualidade, identidade pessoal, nossas interações com os outros e nossa relação com o trabalho, são influenciadas constantemente (GIDDENS, 2004).

O processo histórico dos serviços de saúde marca que o campo próprio da pessoa foi obliterado, enquanto que o foco passou a ser o espaço biofísico do corpo, portador do sinal da doença. O objeto do cuidado foi isolado, parcelado, fissurado, separado das dimensões sociais e coletivas, o que requereu reflexões e tem levado, atualmente, a questionamentos e transformação de visões. Todas as formas de pensar que não focassem o tratamento da doença, mesmo aquelas elaboradas no transcorrer da história, muitas vezes milenares, foram excluídas, face ao problema da vida e da morte, que transformou o cuidado voltando-o para a cura da doença, exclusivamente (COLLIÈRE, 1986).

A concepção de cuidado, segundo Pinheiro (2009), é um *modo de fazer na vida cotidiana*, caracterizado pela *atenção, responsabilidade, zelo e desvelo* para com pessoas e coisas em lugares e tempos distintos de sua realização. Na modernidade, o cuidado e a necessidade de cuidado estão ligados à dignidade humana e à solidariedade (NORDENFELT, 2000). Além disso, no atual processo histórico, já se consegue perceber que a cura está atrelada ao cuidado, mas o cuidado existe independentemente da cura (BOBROFF, 2003).

Para Radunz (2001), cuidar é procurar caminhos e desenvolver potenciais de equilíbrio entre o trabalhar e viver, cuidar de si e de outros como fenômenos existenciais. É preciso destacar, ainda, o cuidado de si como um exercício afetivo, uma necessidade do ser humano de relacionar-se consigo e com os outros. Pinheiro (2009) corrobora com esse conceito quando afirma que o cuidado consiste em um modo de agir que é produzido como experiência de um modo de vida específico e delineado por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos, traduzidos em *práticas* de espaço e na *ação* de cidadãos sobre os *outros*, em uma dada sociedade. A importância da vida cotidiana na *prática do cuidado* está

na oferta de múltiplas questões específicas que circulam no espaço da vida social e nos conteúdos históricos que carregam (PINHEIRO, 2009).

Já as práticas de cuidado na área da saúde, ao mesmo tempo em que experimentam notável desenvolvimento científico e tecnológico, vêm enfrentando, há alguns anos, uma sensível crise de legitimação (SCHRAIBER, 1997). Não é senão como resposta a isso que se torna compreensível o surgimento recente, no campo da saúde, de diversas propostas para sua reconstrução, sob novas ou renovadas conformações, tais como integralidade, promoção da saúde, humanização, vigilância da saúde, etc (CZERESNIA; FREITAS, 2003). Com o acúmulo de experiência e aporte teórico do tema cuidado em saúde, vários autores têm se debruçado e alimentado esse debate em relação a necessidades conceituais, metodológicas, organizacionais e políticas dessa prática/serviço e gestão (SILVA *et al*, 2009; SANTOS FILHO *et al*, 2009; CECÍLIO, 2011).

O campo da saúde não tem ou não deveria ter, como objeto único, a cura ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, ou seja, é o lugar de produção de atos, ações, procedimentos e cuidados com os quais pode se chegar à cura ou a um modo qualificado de se levar a vida (MERHY, 2002). Em Ayres (2004), quase sempre se fala de *cuidado, humanização ou integralidade* enquanto um conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou deveriam nortear, a relação entre sujeitos, ou seja, o paciente e o profissional de saúde que atende. Contudo, a definição aqui, acerca de humanização, é empregada no sentido de compromisso com valores contrafáticos validados como bem comum, evidenciando-se a inseparabilidade desse plano individual do plano social e coletivo.

No campo da saúde, a produção do cuidado, na visão de Cecílio (2011), se dá por uma complexa trama que tem como protagonistas sujeitos individuais e coletivos, carregados de certas intencionalidades e impulsionados por subjetividades que os fazem operar no campo social, definindo suas relações e produzindo eles mesmos os cenários da

produção do cuidado. Esses cenários estão vinculados a diferentes objetivos, interesses, redes de relações, como constitutivos do modo como se produz o cuidado, e operam fortemente a partir da micropolítica desenvolvida no âmbito da produção do cuidado, definida, em muitos sentidos, pelos processos e tecnologias de trabalho (FRANCO; MERHY, 2003). A definição de micropolítica, explicitada por Cecílio (2011), pauta-se no conjunto de relações que estabelecem, entre si, os vários atores da organização, numa rede complexa, móvel, mutante, com estabilidade temporal suficiente para constituir uma determinada "realidade organizacional", podendo, assim, ser objeto de estudo e intervenção.

Nessa tecitura do cuidado, Silva *et al.* (2009) destacam o cuidado na área da enfermagem que tem sido apontado como objeto epistemológico, um modo de estar com o outro, no que se refere às questões especiais da vida, como a promoção e a recuperação da saúde, o nascimento e a própria morte. Na enfermagem o cuidado é compreendido como aquele que rompe com a fragmentação corpo/mente, normal/patológico, o grande desafio da propositura de redes de atenção, um cuidado humanizado, favorecedor de uma vida melhor e mais saudável.

A noção de cuidado no século XXI mantém-se como fundamento de integrar as pessoas em torno do bem e do elo social, com comprometimento e engajamento político cultural e social, prevenindo rupturas na sociedade e contribuindo para a sua superação (SILVA *et al.*, 2009). Nessas dimensões, pensa-se na gestão do cuidado em saúde que Cecílio (2011) coloca como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando ao seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz.

De acordo com os pressupostos de Cecílio (2011), esse tipo de cuidado se realiza em múltiplas dimensões que, imanentes entre si, apresentam, todas e cada uma delas, uma especificidade sendo realizada em cinco dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária como a seguir:

- a) Dimensão individual do cuidado: é o “cuidar de si” no sentido de que cada um de nós pode, ou tem potencial, para produzir um modo singular de “andar a vida”, fazendo as suas escolhas para ser feliz. Mesmo sofrendo determinações do ambiente e da sociedade no seu processo de saúde e doença, é possível ter autonomia nos processos de cuidar de si e de viver a vida de forma mais plena.
- b) Dimensão familiar do cuidado - é a dimensão do cuidado que se realiza no mundo da vida e tem como principais atores as pessoas da família, os amigos, os vizinhos. É um local de muitos conflitos e contradições tendo em vista a complexidade das relações aí presentes e o envelhecimento da populacional que se torna relevante.
- c) Dimensão profissional do cuidado - é aquela que se dá no encontro entre profissionais e os usuários. É um encontro privado, que, na sua forma mais típica, ocorre em espaços protegidos de qualquer olhar externo de controle. Essa dimensão é regida por três elementos principais que lhe conferem maior ou menor capacidade de produzir o bom cuidado:
- competência técnica do profissional no seu núcleo profissional específico;
 - postura ética do profissional, em particular, o modo com que se dispõe a mobilizar tudo o que sabe e tudo o que pode fazer em suas condições reais de trabalho para responder da melhor forma possível às necessidades dos usuários;
 - não menos importante, a capacidade de construir vínculos com quem precisa de seus cuidados.
- d) Dimensão organizacional do cuidado - é aquela que se realiza nos serviços de saúde e evidencia novos elementos como o trabalho em equipe, as atividades de coordenação e comunicação, além da

função gerencial. Nessa dimensão, é vital a organização do processo de trabalho, a definição de fluxos de atendimento e adoção de alguns dispositivos como agenda, protocolos, reuniões de equipe e avaliação. É um território, também, marcado por diferenças e dissensos.

- e) Dimensão sistêmica do cuidado - é aquela que trata de construir conexões formais regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde, compondo redes ou linhas de cuidado com o sentido de garantir a integralidade do cuidado.
- f) Dimensão societária do cuidado - papel do estado na produção e implementação de políticas públicas e de saúde. Dimensão mais ampla de gestão ou produção do cuidado: produção de cidadania, de direito à vida e de acesso a tecnologias que contribuam para uma vida melhor.

Quadro 1: Dimensões do Cuidado

Dimensão da gestão do cuidado	Atores ou protagonistas	Principais elementos: a lógica da dimensão
Individual	Cada um de nós	Cuidar de si Autonomia Escolhas
Familiar	Família Ciclo de amigos Vizinhos	Apoio Proximidade Mundo da vida
Profissional	Profissionais da saúde O médico	O preparo técnico Ética e vínculo
Organizacional	A equipe de saúde O gerente	Divisão técnica do trabalho coordenação
Sistêmica	Os gestores	Linhas ou rede de cuidado Financiamento
Societária	O Estado A Sociedade Civil	Políticas Sociais

Fonte: Elementos presentes nas várias dimensões da gestão do cuidado em saúde (CECÍLIO, 2011).

Assim refletindo sobre o cuidado em saúde enquanto conceito, proposituras e desafios, pode-se observar a existência de campos tão distintos do ponto de vista da dimensão do cuidado que, sendo imanentes e interpenetrados, apresentam-se, ao mesmo tempo, irreduzivelmente singulares (CECÍLIO, 2011). Em relação ao campo micropolítico da produção do cuidado em saúde, se ele for definido como o território onde se realiza o ato último de cuidar, ali na intimidade dos serviços de saúde e no labor das equipes, junto aos usuários, este se estabelece, na maior parte das necessidades de saúde de uma população e nas subjetividades dos sujeitos, cuja rede de atenção, com trama de cunho mais político, pode não alcançar esse campo, evidenciando o distanciamento da gestão em relação às dimensões de cuidado e os operadores da rede de atenção à saúde.

3.3 Atenção Primária à Saúde

Observa-se, nos últimos anos, no cenário brasileiro, o crescimento do Programa Saúde da Família (PSF), que colocou, na roda da reforma sanitária, referenciais que permeiam a organização dos sistemas locais de saúde tais como a Atenção Primária à Saúde.

No cenário internacional, comentam Matta e Morossini (2011), a APS tem sido apresentada como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder, de forma regionalizada, contínua e sistematizada, à maior parte das necessidades de saúde de uma população. Procura integrar ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos, famílias e comunidades. Essas diversas concepções, denominações de propostas e experiências nomearam internacionalmente esse *modus operandi* de APS.

Dessa forma, a concepção que configura a proposta brasileira de APS é a de serviços de saúde do primeiro nível de atenção, indo ao encontro de sua definição como porta de entrada para o sistema, tendo, nas unidades básicas, sua instância operacional com nível próprio de atendimento (SCHRAIBER,1990).

No Brasil, com mais ou menos 20 anos de SUS, segundo Gil (2006), a Atenção Primária à Saúde representava um marco referencial para a organização dos serviços, numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial.

A APS incorporou os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde (MATTA; MOROSSINI, 2011). Para essas autoras, as reflexões em torno do legado da Atenção Primária à Saúde e sua estratégia dos cuidados primários, ainda hoje, suscitam debates entre sujeitos e atores sociais envolvidos nos rumos da Política Nacional de Saúde.

Já o Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia com o objetivo de reorganizar a Atenção Básica no país, por meio de ações de equipes multiprofissionais em um território específico. Em seu processo histórico, as políticas de saúde do país vêm se fortalecendo gradualmente com o Programa Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011) e se constituem como porta de entrada preferencial do SUS, sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. Esse programa pretende articular os níveis de atenção do sistema de saúde com a finalidade de ordenar e racionalizar o uso de tecnologias e dos recursos terapêuticos em cada nível, pois é a Atenção Básica que detêm o conhecimento mais apurado da clientela e de seus agravos (BRASIL, 2006c; SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, 2000).A compreensão desse programa, portanto, "só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços,

reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios” (BRASIL, 1998, p. 8).

Quanto à ação das equipes de saúde da família que está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, contribui para uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que transcendem as práticas curativas (FRANCO; MERHY, 1999). Esses profissionais precisam estar identificados com essa proposta de trabalho, que exige criatividade e iniciativa para trabalhos em todos os ciclos de vida, comunitários e com famílias.

3.4 Desafio da humanização da atenção e gestão em saúde

Instituída em 2003 pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde (PNH/Humanizausus) foi formulada a partir da sistematização de experiências do SUS que contribuem para sua legitimação como política pública e tem como balizadores as conquistas nascidas das lutas pela democratização no país, que ganharam estatuto constitucional em 1988 e, também, no processo de redemocratização e resistência que se expressam no âmbito da saúde por meio da Reforma Sanitária (BRASIL, 2008).

Com o passar dos anos, a avaliação dos serviços públicos de saúde ganhou impulso num cenário mundial de intensificação da mercantilização da saúde (PASSOS *et al.*, 2008), entrando na agenda das políticas sanitárias em resposta à crise dos sistemas no mundo inteiro, surgiram paralelamente as discussões de redes de atenção à saúde. No Brasil, o movimento da Reforma Sanitária, na afirmação de um contrafluxo a essa tendência internacional, conquistou constitucionalmente a saúde como dever do Estado e direito de todos, buscando mais recursos para o setor e

afirmando concomitantemente a necessidade de mudanças nos modelos de gestão e de atenção (SANTOS-FILHO *et al*, 2011).

Desde suas primeiras formulações, a PNH tem tomado como desafio o enfrentamento dos paradoxos que o cenário institucional do SUS nos apresenta (BRASIL, 2008). Atualmente o trabalho em saúde, na visão de Santos Filho e Barros (2011), tem sido objeto de intensas críticas: pelo acesso, pela qualidade da assistência para os usuários e pela crescente degradação de sua estrutura institucional e condições de trabalho, repercutindo na qualidade de vida e saúde dos trabalhadores.

Com a PNH/HumanizaSUS, pretende-se uma política de domínio público, máxima publicização, para além de política de governo e política de Estado: Humanização, estruturada em princípios, método, diretrizes, dispositivos (BRASIL, 2008), a saber:

a) "Princípios:

- transversalidade - aumento da comunicação intra e intergrupos incrementando a sociabilidade entre segmentos que atuam em separado, ampliando grupalidades e, também, a passagem da individualidade para a coletividade,
- a passagem da individualidade para a coletividade,
- inseparabilidade - entre atenção e gestão nos processos de produção de saúde: indissociabilidade entre clínica e política (produção de saúde e produção de sujeitos); enfrentamento da separação entre os que pensam e decidem e os que executam (cuidam); investimento na democratização institucional; a autonomia e protagonismo do sujeito; os sujeitos dizendo deles mesmos: como podem caminhar; a valorização das subjetividades como fundamento da construção de mecanismos sustentáveis de responsabilização; gestores, trabalhadores e usuários contratam/pactuam entre si responsabilidades nos processos de gestão e de atenção.

b) Método: tríplice inclusão e modos de fazê-la:

- inclusão dos diferentes sujeitos - rodas de conversas;
- inclusão dos analisadores - análise coletiva dos conflitos;
- inclusão do coletivo - fomento de redes.

c) Diretrizes: orientações gerais de uma política, a PNH expressa o método da inclusão no sentido de:

- acolhimento,
- clínica ampliada,
- valorização do trabalho e do trabalhador,
- defesa dos direitos dos usuários na saúde,
- cogestão,
- fomento das grupalidades, coletivos e redes,
- memória do SUS que dá certo.

- d) Dispositivos: tecnologias/modos de fazer, tais como:
- acolhimento com classificação de riscos,
 - equipe de Referência, Apoio Matricial,
 - sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de "porta aberta", ouvidoria,
 - visita Aberta e Direito a Acompanhante,
 - projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva,
 - grupo de Trabalho de Humanização e Câmara Técnica de Humanização,
 - projeto cogrido de ambiência,
 - colegiado Gestor,
 - contratos de gestão." (BRASIL, 2008, p.23)

A aposta da PNH é que a prática do cuidado se efetive pelo encontro entre sujeitos, escutando e atuando uns com os outros, acolhendo intenções e expectativas e privilegiando a construção coletiva de uma experiência comum, solidária. A aposta é em um *modo de fazer* por meio da transversalização nos processos avaliativos, retomando o conceito de transversalidade como é incorporado na PNH, isto é, como aumento do grau comunicacional intra e intergrupos (GUATTARI, 1981). Nesse movimento, incluem-se os diferentes sujeitos e diferentes situações, e busca-se a composição de um plano comum no qual as heterogeneidades são valorizadas, postas lado a lado, gerando uma tensão problematizadora e garantindo a diferenciação do sistema em avaliação (SANTOS FILHO *et al*, 2011).

O HumanizaSUS, resume, então, Santos-Filho e Barros (2011), visa atualizar os princípios maiores do SUS por meio da produção de relações sociais de trabalho, no processo de produção de saúde de forma que as relações, entre usuários, trabalhadores e gestores, estejam pautadas em modos democráticos de gestão institucional. Emerge como estratégia para modificar o quadro de desqualificação e de precarização do trabalho, visando romper com a fragmentação das ações desarticuladas e programas, às vezes, nomeados como de humanização, mas pautados em uma visão idealizada ou tutelar do humano.

Ao longo do tempo, os avanços das políticas, principalmente as que envolvem os trabalhadores, comprovam a necessidade de constantes revisões. Em sua função, precisam favorecer o entendimento do que seja

de forma temporal e contextualizada, considerando a qualidade de vida do trabalhador do SUS e ajudá-lo a identificar as desestabilizações do trabalho e serem propositivos em seu cotidiano, evocando o coletivo num constante movimento de inclusão e indissociabilidade entre produção de serviços e produção de subjetividade, apoiados institucionalmente conforme dispositivos da PNH.

3.5 Políticas públicas de atenção à saúde da pessoa idosa no Brasil

A implantação de uma política pública para pessoas idosas no Brasil é recente, pois data de 1994 e coincide com a implantação do modelo neoliberal, cuja consequência foi a adesão ao Consenso de Washington, ou seja, inaugurou-se no país a economia globalizada (SANTOS, 2001).

Em termos de proteção, a pessoa idosa foi citada pela primeira vez, neste país, pela Lei Eloy Chaves em 1923 (BAUER, 2002) que tratou do sistema previdenciário e outras referências significativas em alguns artigos do Código Civil (1916), do Código Penal (1940), do Código Eleitoral (1965) (RODRIGUES, 2001).

De 1923 a 1965, destacam-se os dois períodos de governo de Getúlio Vargas que marcaram, no Brasil, o início do desenvolvimento das políticas públicas voltadas para o desenvolvimento da economia, essencialmente atendendo aos anseios da classe industrial brasileira, tinha o Estado como o principal financiador, impotente para investir em tal empreitada (MENDES, 2010).

Não obstante, as políticas públicas na área da saúde eram direcionadas para uma população de país jovem, a base demográfica apontava para as políticas socio sanitárias direcionadas à população materno-infantil. Nos anos 70, é que se começa a operar mudanças frente ao perfil da população, perante o fenômeno do envelhecimento que

começa sinalizar-se nos países em desenvolvimento. Destacamos, neste texto, alguns marcos legais que influenciaram a sociedade e a vida dos idosos no Brasil.

Em 1988, foi promulgada a Constituição Cidadã – Constituição Federal (BRASIL, 1988) destacando no texto constitucional a referência ao idoso. Essa foi, de fato, a primeira vez em que uma constituição brasileira assegurou ao idoso o direito à vida e à cidadania:

A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem estar e garantindo-lhe o direito à vida. - § 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares. - § 2º Aos maiores de 65 anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos (CF, art. 230, 1988).

Assim, a criação da Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS – lei 8.742/93, garantiu à Assistência Social o status de política pública de seguridade social, direito ao cidadão e dever do Estado, beneficiando os idosos dentro de alguns critérios específicos.

Em janeiro de 1994, houve a criação da Lei nº 8.842/1994, que estabelece a Política Nacional do Idoso e estipula o limite de 60 anos e mais, de idade, para uma pessoa ser considerada idosa (BRASIL, 1994).

Em 1999, a implantação da Política Nacional da Saúde do Idoso, por meio da Portaria 1.395/1999 do Ministério da Saúde (MS), estabelece as diretrizes essenciais que norteiam a definição ou a redefinição dos programas, planos, projetos e atividades do setor na atenção integral às pessoas em processo de envelhecimento e à população idosa (BRASIL, 1999).

Em 2003, entra em vigor a lei nº 10.741 que aprova o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados aos idosos (BRASIL, 2003).

Em setembro de 2005, o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de

Gestão. O eixo do Pacto em Defesa da Vida tem responsabilidades em três áreas que são a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2006a).

Em 2006, visando garantir e ampliar os direitos da pessoa idosa, constrói-se a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – RENADI (BRASIL, 2005). Nesse mesmo ano, é instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, pela Portaria 2.528/GM, de 19 de outubro de 2006, que tem como objetivo garantir atenção adequada e digna para a população idosa brasileira, visando à integração da população (BRASIL, 2006b).

Essa política veio concretizar um passo importante para a saúde de mais de 18 milhões de idosos no país, que correspondem a aproximadamente 10,5% da população brasileira.

Cabe destacar alguns movimentos, ainda tênues, como experiências de gestores locais, de Estados e Municípios, organizando serviços para essa população, viabilizaram a revisão da Portaria de 1999 (PNI), revogando-a e dando origem, em 2006, à Portaria 2.528 e às diretrizes desse processo serviram de base para um importante documento – o Pacto em Defesa da Vida. Esse Pacto foi assinado pelo Ministério da Saúde, pelos Conselhos de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (Conass e Conasems) e aprovado pelo Pleno do Conselho Nacional de Saúde.

O Pacto em Defesa da Vida adota o conceito de *envelhecimento ativo* que, segundo a WHO (2005), é um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Envolve políticas públicas que promovem modos de viver mais saudáveis e seguros em todos os ciclos de vida.

No tocante ao conceito de *envelhecimento ativo*, percebemos que a problemática desse estudo se fortalece, formata seu *corpus* com mais consistência e coerência na medida em que se compreendeu que a atuação dos profissionais na atenção primária é intrínseca a esse conceito

adotado mundialmente. Além disso, destaca-se o discurso contemporâneo da política pública para atenção à saúde da população idosa e o discurso institucional que precisa dar conta da atenção ao idoso. A população idosa precisa urgente da preservação do pilar da saúde, que é o que lhe garante a possibilidade de viver melhor tanto físico, social, afetivo somando autoeficácia e otimismo ao seu capital de autoestima com vistas à manutenção do gradiente máximo de sua funcionalidade (KALACHE, 2010). O Ministério da Saúde, ao aprovar, em 2006, a Portaria Nº 2.528, ressalta a reestruturação da assistência a ser prestada à pessoa idosa reafirmando a sua finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos (BRASIL, 2006b), ou seja, define o que seja a funcionalidade.

Dessa forma, sendo a funcionalidade o bem maior da saúde da pessoa idosa, do ponto de vista da moderna Geriatria, a capacidade funcional se estabelece como o conceito de saúde mais adequado para manejar o cuidado à saúde do idoso (VERAS; LOURENÇO, 2008), ou seja, a saúde do idoso pode ser considerada como a capacidade funcional máxima pelo maior tempo alcançável.

Nesse sentido é que um dos principais objetivos dessa política é a reorientação dos Serviços Públicos de Saúde para identificar o nível de dependência desses idosos, dando a eles um acompanhamento diferenciado em cada situação, somando para, além disso, a promoção de qualidade de vida dessa população na heterogeneidade e diversidades desse contexto.

3.6 Origem da Teoria Fundamentada nos Dados

A Teoria Fundamentada nos Dados tem suas origens no Interacionismo Simbólico. Segundo Charon (1989), o interacionismo

simbólico fundamenta-se nos construtos da Psicologia Social. Bazilli *et al* (1998) afirmam que as origens e influências da Psicologia Social referem-se às ideias acerca do social e do individual, que existiram no final do século XIX e início do século XX e o Interacionismo Simbólico que emergiu desse contexto, na tentativa de contribuir para a discussão e conceito da Psicologia do Social. Assim, segundo os mesmos autores tanto a psicanálise, as teorias de corte cognitivista, o behaviorismo e as teorias derivadas da Antropologia e da Sociologia política propõem um objeto, um recorte epistemológico ou metodológico, para compreender o que cada enfoque mencionado considera essencial em cada área.

Charon (1989) afirma que o Interacionismo Simbólico cria uma imagem ativa maior do ser humano e rejeita a imagem do indivíduo passivo. Os indivíduos interagem e as sociedades são constituídas de indivíduos interagindo. Para esse autor, o ser humano é compreendido como um ser agindo no presente, influenciado não somente pelo que aconteceu no passado, mas pelo que está acontecendo agora. A interação acontece neste momento: o que fazemos agora está ligado a essa interação que não é somente o que está acontecendo entre pessoas, mas também o que acontece dentro dos indivíduos. Os seres humanos atuam em um mundo que eles definem. Agimos de acordo com o modo que definimos a situação que estamos vivenciando. Embora essa definição possa ser influenciada por aqueles com quem interagimos, ela é também resultado de nossa própria definição, nossa interpretação da situação.

O Interacionismo Simbólico mostra respeito pela natureza da vida e conduta do grupo humano, estando a vida grupal ligada à condição essencial para a consciência, mundo de objetos e construção de atitudes (BLUMER, 1969). O princípio é que o comportamento humano é autodirigido e observável, no sentido simbólico e interacional, permitindo ao ser humano planejar e dirigir suas ações em relação aos outros e conferir significado aos objetos que ele utiliza para realizar seus planos (HAGUETTE, 1992).

No Interacionismo Simbólico, também, há a ideia de que todos nós

definimos o mundo em que agimos e parte dessa definição é nossa. Envolve escolher, conscientes, a direção de nossas ações em face dessa definição, a identificação dessas ações e a de outros e a nossa própria redireção (CHARON, 1989).

Assim, esses dois referenciais, Teoria Fundamentada nos Dados e Interacionismo Simbólico, podem ser utilizados em pesquisas qualitativas. Para a apreensão dessa perspectiva metodológica, faz-se necessário compreender conceitos pertinentes a elas. Para esse estudo, nós nos apropriamos de alguns conceitos desses referenciais, quais sejam:

a) Símbolos

Os símbolos são o que vemos e como interpretamos, e o nosso mundo é de símbolos, a nossa realidade é simbólica; é através da interação simbólica que atribuímos os significados e desenvolvemos a realidade em que agimos (CHARON, 1989).

Santos e Nóbrega (2002) consideram os símbolos como ponto central do interacionismo simbólico, pois, sem ele, os seres humanos não podem interagir uns com os outros. Símbolos são objetos sociais usados pelo ator para representação e comunicação. Para Bettinelli (2002) é dar significado à interação para si e para o outro. O ser humano aprende e utiliza os símbolos nas interações que emergem do meio social em que se encontram.

b) Interação Social

De acordo com Charon (1989), na interação social, as pessoas são vistas como atores que se relacionam, comunicam-se e interpretam um ao outro e é construída a partir da ação social. Os seres humanos são atores sociais, levando os outros em conta ao agir e os outros fazem a diferença nas suas ações. Quando a ação social se torna mútua e os atores se levam em conta e ajustam seus atos, eles estão engajados numa interação social que é simbólica, ou seja, intencionalmente comunicamos

quando agimos e os outros interpretam o que fazemos.

c) Pessoa

Para Moreira e Dupas (2003, p.760), o indivíduo interage agindo, percebendo, interpretando, agindo novamente, ou seja, ator e reator no processo, imprevisível e ativo no mundo. O indivíduo é um ator dinâmico em constante processo de socialização e interação com o meio e com os outros, e não uma personalidade estruturada e imutável.

d) Ação

A ação humana é vista como um resultado formado da autointeração e construída mediante indicações que a pessoa faz a si e interpretação do que indica para agir. A pessoa identifica que quer estabelecer uma meta, mapeia uma linha de comportamento, observa e interpreta as ações dos outros, dimensiona a sua situação, checa e elabora o que fazer com os outros pontos (BLUMER, 1969).

e) Atividade grupal

Baseia-se no comportamento cooperativo que surge por meio de cada pessoa em perceber a intenção dos outros e construir a sua resposta baseada naquela intenção, pois o comportamento não é uma resposta direta às intenções dos outros, que são transmitidas mediante gestos tornados simbólicos, passíveis de interpretação (BLUMER, 1969).

f) Linguagem

É composta pelos instrumentos utilizados por indivíduos para ordenar a experiência, sendo empregada para discriminar, generalizar, fazer sempre a distinção no ambiente, levando a entender que o mundo é fragmentado pelos significados que usamos por meio da linguagem (CHARON,1989). A linguagem surge e modela o comportamento (LITTLEJOHN, 1992).

Com vistas a construir o modelo teórico, optou-se pela Teoria

Fundamentada nos Dados a qual otimiza os preceitos do Interacionismo. Cassiani, Caliri e Pelá (1996, p.76-77) afirmam que o “Interacionismo Simbólico tem sido usado como uma abordagem relativamente distinta para o estudo da vida e da ação humana em grupo”.

Contudo, Santos e Nóbrega (2002) aludem que o interacionismo simbólico, enquanto referencial teórico, que dá sustentação ao método possibilitando ao pesquisador focalizar sua análise no significado simbólico, ou seja, entender o mundo a partir da perspectiva do sujeito.

Assim, a partir da compreensão da simbologia expressa, por meio das respostas verbais e não-verbais dos sujeitos desta pesquisa, constroem-se conceitos a partir dos símbolos emergidos da interação dos profissionais da APS com a Rede de Atenção à Saúde no que concerne ao cuidado ao idoso, delineando o modelo teórico desta pesquisa.

3.7 Teoria fundamentada nos dados – o método

A Grounded Theory, conhecida como Teoria Fundamentada nos Dados, foi desenvolvida pelos sociólogos Barney G. Glazer (Universidade de Columbia) e Anselm L. Strauss (Universidade de Chicago). O primeiro, enquanto realizou análises qualitativas, observou a necessidade de realizar comparações entre os dados a fim de identificar, desenvolver e relatar conceitos. O segundo foi fortemente influenciado por interacionistas, tais como George Herbert Mead (1863-1931) que foi, indubitavelmente, o gerador primordial do movimento. Em 1937, Blumer compilou as ideias de Mead, nomeando-as como uma abordagem, relativamente distinta, para o estudo da vida e ação humana em grupo (LITTLEJONH, 1986).

Essa experiência e construção da Teoria Fundamentada nos Dados aconteceu durante um estudo sobre o processo de morte em hospitais,

que originou a publicação *Awareness of dying* em 1965. Em 1967, partindo das bases conceituais já consolidadas, publicaram o clássico livro intitulado *The Discovery of Teoria Fundamentada nos Dados: strategies for qualitative research*. O grande contributo desta obra foi defender o desenvolvimento de teorias a partir da pesquisa baseada em dados, em vez da dedução de hipóteses analisáveis a partir de teorias existentes (STRAUSS; CORBIN, 2008; CHARMAZ, 2009). Glazer e Strauss colocaram-se oponentes aos pressupostos metodológicos quantitativos positivistas da década de 1960 e ofereciam estratégias sistemáticas para a prática da pesquisa qualitativa (GLAZER; STRAUSS, 1967).

Strauss contribuiu para o desenvolvimento da Teoria Fundamentada nos Dados de acordo com os seguintes aspectos: necessidade de ir ao campo para descobrir o que está ocorrendo; relevância da teoria baseada nos dados, para o desenvolvimento de uma disciplina como a base da ação social; complexidade e variabilidade do fenômeno e da ação humana; crença de que as pessoas são atores, possuindo um papel ativo em resposta às situações problemáticas; compreensão de que as pessoas atuam na base do significado; compreensão de que o significado é definido e redefinido por meio da interação; sensibilidade para o envolvimento e desdobramento com a natureza dos eventos (processo); consciência da interrelação entre condições (estrutura), ação (processo) e consequências (STRAUSS; CORBIN, 1998).

Glazer e Strauss (1967) descreveram essa metodologia com o intuito de estudar modelos fundamentais conhecidos como um processo sociopsicológico básico, capaz de descrever variações na interação ao redor do fenômeno ou problema. Essa abordagem tem suas origens nas Ciências Sociais, especificamente, no Interacionismo.

Para Chenitz (1986), o objetivo da Teoria Fundamentada nos Dados é gerar uma teoria sobre o fenômeno social e ou psicológico. Glaser e Strauss (1967) reforçam que essa metodologia consiste na descoberta e no desenvolvimento de um modelo teórico a partir das informações obtidas e analisadas sistemática e comparativamente.

Para esses mesmos autores, a teoria significa uma estratégia para trabalhar os dados em pesquisa, que proporciona modos de conceituação para descrever e explicar. Esses autores apresentam um método de análise comparativa constante, em que o pesquisador, ao comparar incidente com incidente nos dados, estabelece categorias conceituais que servem para explicar o evento. A teoria, então, é gerada por um processo de indução ou dedução, no qual categorias analíticas emergem dos dados e são elaboradas conforme o trabalho avança.

Dessa forma, a Teoria Fundamentada nos Dados é derivada de dados, sistematicamente recolhidos e analisados mediante processo de pesquisa (STRAUSS; CORBIN, 1998). O objetivo, portanto, da Teoria Fundamentada nos Dados é gerar uma teoria em vez de verificar uma já existente (GLASER; STRAUSS, 1976). Por sua vez, o objetivo do pesquisador na utilização de teoria fundamentada é para explicar um fenômeno de dentro da própria situação social e identificar os processos inerentes e operacionais nele contidos (BAKER; WUEST; STERN, 1992). Com efeito, a teoria fundamentada é guiada pela análise simultânea à coleta de dados. O processo de análise é sistemático e termina quando os novos dados não geram mais novos insights. Este também tem sido descrito como "saturação dos dados" (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Segundo Strauss e Corbin (2008), codificações são os processos analíticos por meio dos quais os dados são divididos, conceitualizados e integrados para formar a teoria. Esses processos são registrados em memorandos. Segundo os mesmos autores, os memorandos são registros escritos de análise que podem variar em tipo e formato.

É importante ressaltar que o processo de codificação visa à redução das categorias que é o meio de se delimitar a teoria emergente e formular a teoria com um grupo pequeno de alta abstração (CASSIANI, CALIRI E PELÁ, 2002).

Segundo Dantas (2008), o processo de análise busca a conceptualização que leva aos códigos preliminares, passando a códigos

conceituais que podem ser expressos por palavras ou siglas, indicando o caráter abstrato de constituição das categorias.

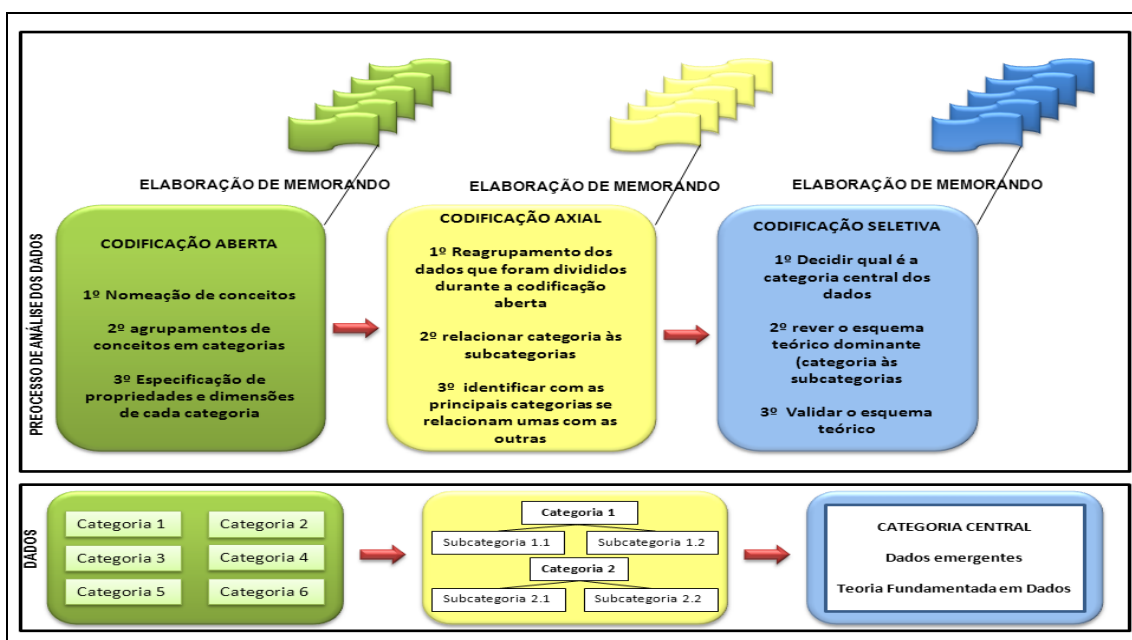
As categorias podem ser uma palavra ou um conjunto de palavras que designam um nível elevado de abstração e podem convergir a fenômenos. Uma categoria pode tornar-se fenômeno, que constitui representações características comuns que conduzem à teoria.

Assim, o desenvolvimento das etapas do processo de codificação é acompanhado da construção dos memorandos que facilita a construção da teoria, que tomam a conformação de notas teóricas, metodológicas, de observação, de reflexão ou uma subvariedades delas.

Na TFD, o processo de análise de dados, ou seja, a codificação, constitui-se em três etapas que são interdependentes, não sendo necessária a conclusão de uma para dar início a outra, uma vez que o movimento é circular. Essas etapas são denominadas de codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva.

DIAGRAMA 1

Processo de Análise dos Dados: codificação aberta, axial e seletiva e categorização



Adaptado de Gasque (2008)

Segundo Strauss e Corbin (2008), *codificação aberta* é definida como processo analítico por meio do qual os conceitos são identificados, cujas propriedades e dimensões são descobertas nos dados; *codificação axial* é o processo de relacionar categorias às suas subcategorias, é chamado de "axial" porque ocorre em torno do eixo de uma subcategoria, associando categorias em nível de propriedades e dimensões; *codificação seletiva* que é o processo de integrar e de refinar a teoria.

Outros termos importantes para compreensão da TFD, preconizados por Strauss e Corbin (2008) são:

- a) fenômenos: ideias centrais nos dados representadas como conceitos;
- b) conceitos: os blocos de construção da teoria;
- c) categorias: conceitos que representam o fenômeno;
- d) propriedades: características de uma categoria, a delimitação do que define e dá significado a essa categoria;
- e) dimensões: âmbito ao longo do qual as propriedades gerais de uma categoria variam, dando especificação à categoria e variação à teoria;
- f) subcategorias: conceitos que pertencem à categoria, dando esclarecimentos e especificações adicionais;
- g) paradigma: uma ferramenta analítica criada para ajudar os analistas a integrar estrutura com o processo;
- h) estrutura: o contexto condicional no qual uma categoria (fenômeno) está situado;
- i) processo: sequências de ação/interação pertencentes a um fenômeno à medida que se desenvolvem com o tempo;
- j) saturação teórica: o ponto no desenvolvimento da categoria em que não surgem novas propriedades, dimensões ou relações durante a análise;
- k) limite da variabilidade: o grau em que um conceito varia dimensionalmente ao longo de suas propriedades, com a *variação*

sendo construída na teoria por meio de amostragem em busca de diversidade e de amplitude de propriedades.

O valor de se utilizar a Teoria Fundamentada nos Dados, neste estudo, consiste em incorporar o fenômeno de natureza subjetiva do cuidado ao idoso na APS, mas que se estabelece com base na rede de atenção à saúde.

Na busca por compreender acerca do cuidado ao idoso na APS, na perspectiva de rede, identificamos a TFD como referencial metodológico capaz de suportá-lo. E para, além disso, desenvolver o modelo teórico de rede para o cuidado ao idoso no SUS-BH que, nos últimos anos, orientou o atendimento e as ações assistenciais.

Capítulo IV

❧

4 O percurso metodológico

4.1 Primeiras reflexões sobre o método

A decisão pelo referencial metodológico foi um processo que se deu a partir das sucessivas apresentações do projeto de pesquisa para os membros do NEPCDH, que contou com a presença da Dr.^a Madeline Naegle da Escola de Enfermagem New York University, nos Estados Unidos. O grupo foi instigante, e sugestões foram apresentadas para que fosse tomada a decisão, juntamente com a orientadora desta tese, de que esta pesquisa se enveredasse pelo referencial teórico metodológico da TFD.

O primeiro e desafiante passo foi apreender a TFD para, posteriormente, possibilitar a descoberta do fenômeno e seus significados, o que requereu um trabalho de autorreflexão, constituindo um processo racional e emocional. Assim a busca foi por compreender as seguintes linhas: Glazer e Strauss com a tendência para uma abordagem tradicional –positivista; e, mais recentemente, a linha proposta por Strauss e Corbin – uma abordagem com a tendência construtivista, tendo sido esta a escolha apoiada pela orientadora deste trabalho para o desenvolvimento da pesquisa. A proposta deste estudo foi revista, e um novo percurso surgiu a partir de questionamentos e contribuições oferecidas pelos integrantes do núcleo de pesquisa.

A revisão de literatura que estava em andamento foi interrompida, pois o referencial teórico metodológico indicou que se devia aproximar do campo e iniciar a pesquisa pela coleta de dados, a qual deveria acontecer de forma concomitante à sua análise, que, por sua vez, apontaria os rumos da revisão de literatura.

As primeiras reflexões no início do processo de coleta traziam certa angústia. A todo o momento, nesta fase, surgiam questionamentos a respeito da proposta do projeto, da apropriação que estava sendo feita do referencial metodológico, suscitando, inclusive, dificuldades na compreensão dos dados brutos e de como trabalhá-los, no primeiro momento.

Assim, mais uma vez, foi oportuno e necessário recorrer à literatura buscando mais apropriação do método. Com os primeiros dados coletados, iniciou-se um exercício com o método, e, quando se deu sua assimilação em sua aplicabilidade e a análise começou a fluir, foi possível que se iniciasse um processo chamado de análise contínua.

Foi possível, então, compreender no que consiste a circularidade deste método de análise e que ele permitiria que fosse mudado o foco de atenção e que se buscassem outras direções passíveis de serem revelados pelos dados emergentes. Ao iniciar a coleta de dados, eram pertinentes as sucessivas leituras destes e a análise concomitante, sempre questionando-os, conforme pressupõe a TFD: como isso ocorre? Porque isso ocorre? O que faz com que ocorra dessa forma? Com que consequências?

A partir dessas várias buscas e aproximações com a TFD, foi possível perceber que a compreensão do processo se intensificava a cada momento.

4.2 Incorporando a metodologia

Neste processo aconteceu um constante e elevado “fluxo” de ideias tanto advindas dos dados quanto das teorias, o que contribuiu para dar densidade analítica ao estudo e desenvolver a capacidade de retroceder, quantas vezes fossem necessárias, para analisar criticamente as situações

e reconhecer as tendências das realidades do cuidado na APS, o que requereu tempo.

Além disso, flexibilidade e abertura foram duas características importantes a serem desenvolvidas para trabalhar com a TFD. Estas se somaram ao pensamento crítico que exigiu engajamento intelectual, bem como um desenvolvimento gradativo e constante de habilidades de pesquisadora cada vez mais refinadas, mas ainda passíveis de grande aprimoramento. Pensar criticamente é:

“a arte de pensar conscientemente sobre o próprio pensamento e sobre o pensamento dos outros, questionando a propriedade do conteúdo, mensurando e aplicando modelos ou critérios para avaliar e interpretar” (LOBIONDO-WOOD; HABER; KRAINOVICH-MILLER, 2001).

Vale destacar que, como em toda metodologia, sua aplicabilidade levou à identificação de limitações, alcances, potências e desafios. As limitações foram: baixos recursos econômicos; dificuldade de percorrer o campo e de encontro com os sujeitos; existência de insumos e materiais que podem ser limitantes da amostra teórica. Os alcances: a conceptualização que levou à formulação da teoria e consequente apresentação de um modelo. Quanto às potências: flexibilidade nas ideias primárias as quais poderiam ser aprofundadas; categorização de tempo para revê-las; negociações; busca ativa interna dos sujeitos; rede de relações de poder – quem nos atende, quais os parceiros e os não parceiros. Os desafios identificados: planejamento; Comitês de Ética; questões burocráticas e logísticas (busca por autorizações do campo e necessidade de fechar agendas dos profissionais para participarem de grupos focais e entrevistas); formato de funcionamento dos serviços onde estão os sujeitos; saturação teórica (STRASS; CORBIN, 1998, p. 2). Por fim, potências versus desafios: variação no que concerne à facilidade de revisão do caminho durante a coleta de dados e da categorização; diferenças culturais, estruturais e de formação dos sujeitos; tempo e recursos; flexibilidade com o uso de muitas ferramentas/instrumentos; rigor pela constante comparação e circularidade dos dados; teoria

fundamentada; teorizar é prática. Quanto às ferramentas, destaca-se a flexibilidade etnográfica (GUILLERIN; GILLAN, 2004); feedback, as possibilidades de comparar e rever os dados; e a saturação teórica, o não fim (MORSE, 2007) ou seja, a teoria pode ser modificada num determinado contexto e tempo.

4.3 Laboratório de aferição dos instrumentos para a coleta de dados

Como esta pesquisa se originou de um projeto “Qualidade de vida e perfil socioeconômico de idosos acompanhados nas UBS do Distrito Sanitário Noroeste”, do grupo de pesquisa NEPCDH, alguns dos colaboradores deste estudo também participaram desta jornada. Para tanto, foi necessário alinhamento de conceitos para o novo projeto, que seguiria a metodologia qualitativa e aferição dos instrumentos da coleta de dados.

Iniciou-se pela apresentação da “nova” linha de pesquisa desta tese de doutorado, com a finalidade de aproximar os participantes da metodologia, dos instrumentos de coleta de dados e treinar colaboradores. Participaram deste processo nove graduandas bolsistas da iniciação científica do Departamento de Enfermagem Básica do Curso de Enfermagem e Nutrição da UFMG e uma graduanda do curso de fisioterapia da Faculdade Newton Paiva, bem como integrantes do grupo de pesquisa NEPCDH: três enfermeiras mestrandas.

Este processo ocorreu no mês de julho de 2011, na escola de Enfermagem da UFMG, totalizando 16 horas. Destas, quatro horas foram destinadas à exposição dialogada com a pesquisadora sobre o tema grupo focal; quatro horas foram sobre o tema entrevista narrativa; e oito horas foram destinadas ao laboratório de simulação do grupo focal, entrevista e

avaliação do instrumento. O laboratório na modalidade de estudo piloto se propõe a treinar colaboradores de uma pesquisa para aplicação dos instrumentos a serem utilizados, utilizar as experiências dos profissionais e reduzir possíveis vieses dos dados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Os resultados do laboratório indicaram que os instrumentos necessitavam de adequações para que fossem melhor compreendidos pelas moderadoras ou observadoras do grupo focal. Assim, procedeu-se às adequações dos instrumentos de coleta de dados sugeridas pelo grupo participante do estudo piloto. Os resultados foram fortemente indicativos da necessidade de se compreender o que são redes de atenção à saúde, a operatividade da atenção primária em saúde, a política de humanização, a saúde do idoso e o envelhecimento. Concluiu-se também pela necessidade de apropriação da metodologia utilizada neste estudo, adequação da linguagem, flexibilidade com o roteiro do grupo focal e alinhamento de conceitos utilizados pela Teoria Fundamentada nos Dados, tais como conceitualização, dimensão, propriedade e variação. A partir disso, foi possível reiniciar a trajetória. No entanto, teoricamente, não tínhamos mais o projeto, tínhamos adquirido certa habilidade com os instrumentos para a coleta de dados e alguns pressupostos. Partiríamos para a busca do desenvolvimento de um modelo teórico de cuidados em rede para a pessoa idosa.

4.4 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, respaldado pela Teoria Fundamentada nos Dados.

A pesquisa qualitativa é utilizada em estudos que contextualizam o conhecimento, tomando o próprio processo de construção de conhecimento como uma dimensão importante a se considerar. Este

posicionamento é baseado na crença de que não existe produção de conhecimento independente do sujeito conhecedor, assumindo-se que o investigador deve incorporar e assumir na sua produção científica a sua própria subjetividade. Esta perspectiva assume, ainda, que os relatos seguem regras e tradições, não sendo isentos de valores e, por isso, não são objetivos (FERNANDES; MAIA, 2001).

Definindo pesquisa qualitativa, Strauss e Corbin (1998) afirmam que o significado do termo “pesquisa qualitativa” consiste na pesquisa que produz resultados não provenientes de procedimentos estatísticos. Afirmam ainda que esse tipo de pesquisa refere-se aos estudos sobre a vida do indivíduo, experiências de vida, comportamentos e emoções, bem como ao funcionamento organizacional, a movimentos sociais, a fenômenos culturais e à interação entre nações. Sua importância, ainda de acordo com Strauss e Corbin, se configura na análise interpretativa dos resultados, devendo ser a parte fundamental do estudo (STRAUSS; CORBIN, 1998).

A pesquisa qualitativa é multimetodológica quanto ao foco, envolvendo uma abordagem interpretativa e naturalística para seu assunto. Isto significa que os pesquisadores qualitativos estudam as coisas no seu *setting* natural, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos em termos dos significados que as pessoas lhes trazem (DENZIN; LINCOLN, 1994, p. 2).

Como um estudo descritivo, o paradigma qualitativo, com sua ênfase na compreensão, pareceu ser o mais adequado para o contexto de cuidados ao idoso em rede, do ponto de vista da prática cotidiana na APS e na Saúde da Família.

No caso desta tese, desenvolveu-se um estudo que se caracteriza pela constante comparação, sistematização e análise dos dados até sua saturação. O objetivo de desenvolver um modelo teórico da rede para o cuidado ao idoso operacionalizado no cotidiano de profissionais da atenção primária, considerada porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde. Extraem-se, assim, aspectos significativos das experiências dos

atores sociais para construções teóricas que podem intensificar a expansão do conhecimento em enfermagem e em outras áreas da saúde.

Para a coleta de dados optou-se pela entrevista não estruturadas e grupo focal. A *entrevista qualitativa* é uma conversação e aprender a realizar entrevistas é algo que depende fundamentalmente da experiência no campo (GASKELL, 2004).

Na *entrevista não estruturada*, não padronizada ou não estandardizada, o entrevistador nem sempre tenta obter o mesmo tipo de resposta usando o mesmo tipo de perguntas. Tem sido referida como entrevista em profundidade, intensiva. O propósito é obter as informações, tais como descrição das situações e elucidar detalhes com as próprias palavras dos respondentes (CASSIANI *et al.*, 1996).

No *grupo focal* é direcionado a um grupo organizado a partir de determinadas características identitárias, visando a obter informações qualitativas direcionadas segundo um determinado quadro teórico de referência (KRUEGER, 1994). Como preconiza a técnica, em cada sessão há um moderador que introduz as regras do encontro, anima o debate e busca estabelecer uma participação mais equitativa entre os membros; há também um relator que, além de fazer o registro, checa com o grupo a síntese das opiniões, os pontos consensuais e os principais conflitos, além de tirar dúvidas sobre depoimentos. A entrevista com grupo focal é um debate aberto e acessível a todos: os assuntos em questão são de interesse comum, as diferenças de *status* entre os participantes não são consideradas e o debate se fundamenta numa discussão racional, uma troca de pontos de vista, ideias e experiências, mesmo que expressos de forma pouco organizada, sem privilegiar indivíduos particulares ou posições. Tradicionalmente, o moderador segue um roteiro e trabalha com um grupo que abrange seis a oito pessoas desconhecidas entre si anteriormente.

4.5 Inserção no campo

Após a aprovação pelos Comitês de Ética, em julho de 2011, iniciaram-se os contatos com as UBS. Em seguida, buscou-se a permissão dos gerentes locais apresentando o projeto de pesquisa, toda a documentação, para a aproximação dos demais sujeitos de cada Unidade Básica de Saúde e elaboração de uma agenda para iniciar a coleta de dados.

4.6 Conduta ética da pesquisa

O projeto de pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa das instituições envolvidas: Universidade Federal de Minas Gerais, protocolo nº ETIC 0068.0.410.203-10 (ANEXO I) e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, parecer nº 0068.0.410.000-10 A (ANEXO II).

O termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido de todos que participaram deste estudo (ANEXO III).

4.7 Coleta de dados

A coleta de dados foi executada de novembro a dezembro de 2011, com a composição de grupos amostrais. Iniciou-se com entrevista de

gerentes locais pelo entendimento de que seria uma forma de facilitar a aproximação com o campo e a coleta por meio do grupo focal cujo debate seria de rede para o cuidado ao idoso pela equipe multidisciplinar da APS.

Ao entrevistar gerentes, realizava-se um esforço para agendar um grupo focal naquela UBS, com equipe multidisciplinar. Pretendia-se concatenar os conceitos da equipe que em um só tempo são e estão operando a rede de cuidados ao idoso. Dessa forma, consolidou-se a pretensão de se utilizar o grupo focal já que as entrevistas individuais apontavam para algumas hipóteses como por exemplo: discussões de casos clínicos: o idoso tem assistência, mas quem cuida? Teria plano de cuidados?; comunicação deficitária: estaria o idoso sendo cuidado na APS?; e articulação do cuidado com equipe multiprofissional e outros serviços como elementos fundamentais na constituição de rede. A partir desses aspectos, decidimos por observar esta articulação do cuidado propondo o grupo focal.

As entrevistas e os grupos focais seguiram roteiros próprios (APÊNDICE I e II, respectivamente), registradas no Formulário para Análise dos Dados (APÊNDICE III) e foram gravados e transcritos na íntegra de modo a se cumprir com a análise concomitante.

Utilizaram-se em ambos as transcrições com as seguintes convenções (GASKELL, 2004):

- Sublinhado – ênfase
- MAIÚSCULA – sonoridade
- / - começo de falas sobrepostas
- . – pausa
- (2.0) – pausa medida
- = = - continuações em pausas medidas
- [] – transcrição incerta

Ressaltamos que participaram da fase da coleta duas colaboradoras, além da pesquisadora. Estas participações foram importantes nas discussões da análise, nas observações e suas discussões, na construção dos primeiros memorandos (1ª coluna do APÊNDICE IV) e diagramas. Isso

contribuiu para a construção dos diagramas até que eles fossem se encorpando e apontando caminhos de análise e necessidades de mais buscas de dados, esclarecimentos dos dados brutos no processo inicial de codificação.

Tanto as entrevistas quanto os grupos focais foram realizados em lugar privativo e mutuamente acordadas entre a pesquisadora e os sujeitos. As datas foram estabelecidas de acordo com a disponibilidade de agendamento e orientações dos gerentes dos locais. A todos os participantes fornecíamos uma declaração de comparecimento a ser entregue ao gerente, conforme nos foi solicitado.

Os dados relevantes compuseram os memorandos, como notas de análise, formulações de hipóteses, e buscavam apreender, principalmente: (a) o formato de rede de atenção relatado pelos atores que têm orientado a saúde do idoso no SUS-BH; (b) as interações no processo de cuidado ao idoso, predominantes nas relações entre os distintos atores envolvidos com o cuidado à pessoa idosa; (c) os principais problemas/dificuldades que ocorrem para o cuidado ao idoso, considerando-se o discurso contemporâneo das Redes de Atenção à Saúde; (d) os principais pontos de interface com a política pública de saúde do idoso; (e) outros aspectos relevantes observados no contexto do cuidado à pessoa idosa a partir da APS.

A coleta de dados, análise e interpretação ocorreram simultaneamente, intensificando a identificação de temas de análise, ou seja, a codificação.

A interrupção da coleta de dados aconteceu quando percebemos que não havia dados novos nos dois últimos grupos focais. Dessa forma, encerramos a coleta de dados e nos desligamos do campo.

Capítulo V

Ω

5 A ANÁLISE DOS DADOS

5.1 O desenvolvimento da rede de atenção para o cuidado ao idoso na perspectiva da atenção primária

Vencer as etapas iniciais do processo de construção de categorias parecia confortável, superando angustias, mas a inquietude, a curiosidade e a motivação em relação ao processo permaneciam à medida que a coleta e análise dos dados avançavam.

A forma como os dados foram sistematizados implicou na imersão e exaustivas leituras do material empírico. Várias reflexões surgiram a partir do referencial teórico e metodológico principalmente a despeito do movimento circular e comparativo próprio da TFD. Este movimento é que realmente possibilitou a compreensão dos significados atribuídos ao cuidado ao idoso, a interação entre os profissionais e a rede de atenção na Atenção Primária à Saúde.

A condução da análise dos dados foi se mantendo com o processo de compreensão dos dados brutos até que os primeiros códigos foram identificados dentre tantas informações. Por várias vezes se fez necessário recorrer aos construtos da TFD e, por sucessivas aproximações dos dados, as primeiras categorias foram emergindo.

5.2 Caracterizando a amostra

Como critério de inclusão foi considerado o tempo de um ano de atuação do profissional no SUS-BH até aquele momento. Justifica-se pela

possibilidade de se contemplarem competências, habilidades e pluralidade dos saberes; apontarem-se limites; e possibilitar contribuições de áreas além da enfermagem, ou seja, do cuidado multidisciplinar ao idoso e pressupostos de rede de atenção. Considerou-se também as UBS que tinham indicador demográfico mais elevado para pessoas a partir de sessenta anos (Tabela 1).

Tabela 1
Compondo a amostra

Unidade Básica de Saúde	GERENTE	Eq	% pessoas idosas	Médico	Tempo (meses) na SMSA	Sujeito		Aceite		Enfa	Tempo (meses) na SMSA	Sujeito		Aceite	
						S	N	S	N			S	N	S	N
2	x	1	11,23%	s			x		s				x		
		1	13,77%	s			x		s				x		
		2	n	n			x		s				x		
		3	8,02%	s			x		s				x		
		4	15,00%	s			x		s				x		
		5	23,51%	n			x		s			x		x	
		6	21,14%	n			x		s			x		x	
		BR	14,84%	n			x		s					x	
10	x	1	24,31%	n					s		dez/04				
		2	14,01%	s	mai/08				s		abr/03				
		3	22,28%	s	jul/04		x	X		s		jul/04			x
		4	22,22%	s	fev/05					s		jul/04			
		5	19,84%	s	jul/04					s		jul/04			
13	x	1	16,70%	s	8 anos				s		21 anos				
		2	21,94%	s	6 anos				s		21 anos				
		3	26,02%	s			x	x		s		7anos	x		x
		4	30,34%	s	7 anos					s		7 anos			

Foi critério de exclusão o profissional com menos de um ano de admissão no SUS-BH. Assim, três gerentes locais foram selecionados, entrevistados e indicaram outros profissionais como sujeitos.

Dessa forma, compuseram-se dois os grupos amostrais totalizando vinte sujeitos que contribuíram para o desenvolvimento do modelo teórico, a saber:

- Grupo Amostral A (Tabela 2) - 5 participantes:

- 3 gerentes de centros de saúde
 - 1 nutricionista
 - 1 enfermeira
- Grupo Amostral B (Tabela 3) - 15 participantes
 - 4 auxiliares de enfermagem
 - 4 enfermeiros
 - 2 auxiliares de saúde bucal
 - 2 cirurgiãs dentistas
 - 1 assistente social
 - 1 médica de família
 - 1 psicólogo

Tabela 2
Grupo Amostral A

Sujeito	Id	Sx	Categoria Profissional	Escolaridade	Pós graduação	Capacitação para atendimento ao idoso	Jornada de trabalho (semanais)	Observações
E 1	35	F	Fisioterapeuta (gerente)	Ensino superior	Mestrado em ciências da reabilitação		40 h	Dissertação de mestrado Perfil de fragilidade de idosos residentes em BH
E 2	35	F	Enfermeira	Ensino superior	UTI/PSF/Educação continuada	Não	40 h	
E 3	52	F	Médica (gerente)	Ensino superior	Pediatra especialista em saúde pública	Sim-PBH	40 h	
E 4	48	F	Nutricionista NASF	Ensino superior	Nutrição clínica/Gestão APS	Qualificação ao cuidado do idoso SMSA	40 h	
E 5	29	M	Enfermeiro (gerente)	Ensino superior	Saúde Pública e em curso Gestão pública	Não	40 h	

E= entrevistado; F=Feminino; M=Masculino

TABELA 3
Grupo Amostral B

Sujeito	Id	Sx	Categoria Profissional	Escolaridade	Pós graduação	Capacitação para atendimento ao idoso	Jornada de trabalho (semanais)	Observações
GF1-R 1	45	F	Auxiliar de enfermagem	Ensino médio	Não	Não	30 h	Especialização em enfermagem do trabalho
GF1-R 2	43	F	Auxiliar em saúde bucal	Ensino médio	Não	Não		
GF1-R 3	43	F	Dentista	Ensino superior	Saúde coletiva	Curso na PUC-MG	20 h	
GF2-R 4	54	F	Auxiliar de enfermagem	Ensino médio	Não	Qualificação ao cuidado do idoso frágil	40 h	
GF2-R 5	56	F	Auxiliar de enfermagem	Ensino médio	Não	Qualificação ao cuidado do idoso frágil	40 h	
GF2-R 6	54	F	Enfermeira	Ensino superior	ESF	Qualificação ao cuidado do idoso frágil	40 h	
GF3-R 7	34	F	Enfermeira	Ensino superior	Saúde da família/educação em saúde	Qualificação ao cuidado do idoso frágil	40 h	
GF3-R 8	44	F	Auxiliar de enfermagem	Ensino médio	Não		40 h	
GF3-R 9	48	F	Auxiliar em saúde bucal	Ensino médio	Não	Não	40 h	
GF4-R 10	29	F	Médica	Ensino superior	Não	Não	40 h	
GF4-R 11	48	F	Assistente social	Ensino superior	Gerontologia	Qualificação ao cuidado do idoso frágil	40 h	
GF4-R 12	55	F	Dentista	Ensino superior	Saúde coletiva com ênfase em saúde da família	Não	40 h	
GF5-R 13	27	M	Psicólogo CRAS	Ensino superior	Psicologia clínica	Qualificação ao cuidado do idoso frágil	40 h	
GF5-R 14	62	F	Enfermeira	Ensino superior	Saúde da família	Não	40 h	
GF5-R 15	32	F	Enfermeira	Ensino superior			40 h	

GF=Grupo focal; R=Respondente; F=Feminino; M=Masculino

Dentre os profissionais que participaram desta pesquisa encontramos a equipe multidisciplinar, cuja idade variou entre 29 a 62 anos, sendo o maior grupo com 51% entre 40 e 60 anos, seguido de 39% da faixa etária entre 29 e 39 e 10% acima de 60 anos. Quanto ao sexo 90% feminino e 10% masculino. Exercem a função de nível médio 35% deles, e 65% de nível superior, desses últimos 7 possuem uma ou mais especializações incluindo apenas uma gerontóloga. 45% do total fizeram curso de qualificação ao cuidado do idoso frágil. 90% dos depoentes tem uma jornada de quarenta horas semanais.

5.3 Caracterizando os cenários da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, com os profissionais das UBS do Distrito Noroeste, um dos nove distritos da organização político-administrativa da cidade, conforme o mapa a seguir:

Mapa 1: Município de Belo Horizonte e seus nove Distritos Sanitários

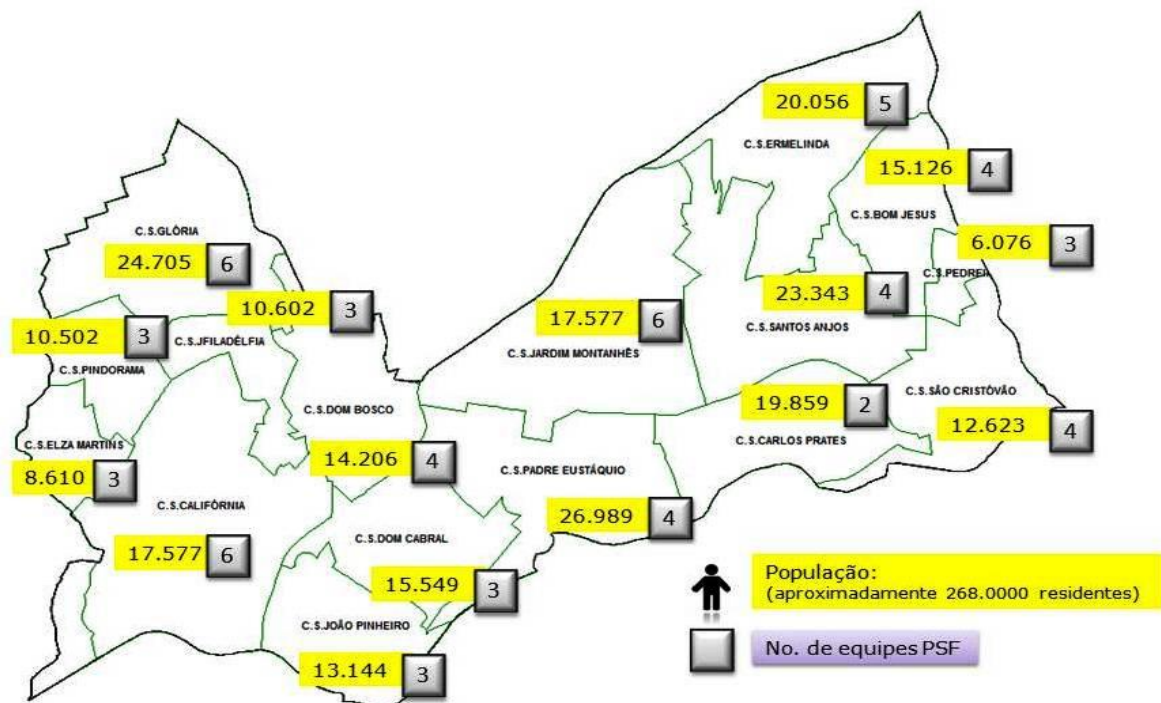


Fonte: Arquivo cedido pela Gerência de Epidemiologia e Informação Noroeste.

O Distrito Sanitário Noroeste era o segundo mais populoso da cidade e o primeiro em número de habitantes com idade superior a 60 anos, residentes e cadastrados no SISREDE (BH, 2010), sendo 17.323 do sexo

masculino e 27.569 do sexo feminino. O referido distrito congrega, atualmente, 16 UBS, cujos profissionais de saúde têm responsabilidade sanitária por uma determinada parcela de uma população que envelhece e já se encontra incrementada de pessoas idosas. Os profissionais de saúde estão distribuídos em 64 Equipes de Saúde da Família, como se pode observar a seguir:

Mapa 2: Distribuição da população por área de abrangência, Distrito Noroeste



Fonte: Arquivo cedido pela Gerência de Epidemiologia e Informação Noroeste, IBGE (2010).

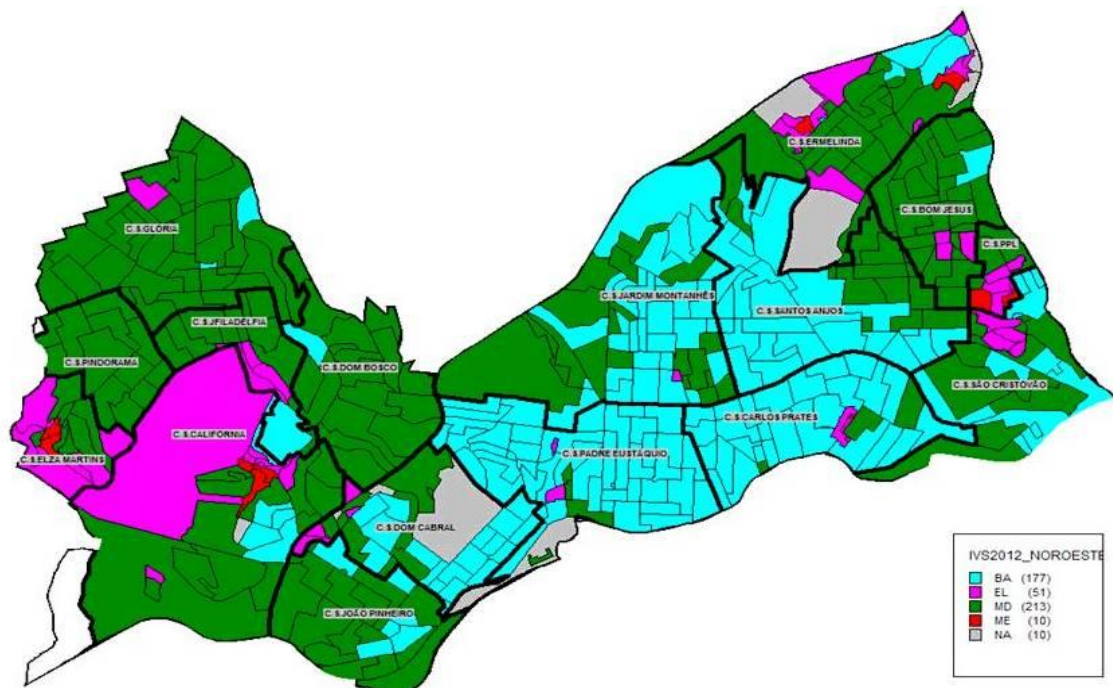
Além dessas, outras equipes integram os serviços das UBS: uma equipe matricial básica para cada uma das 16 unidades, uma equipe de NASF de três profissionais para cada quatro UBS, uma equipe de saúde bucal para cada duas ESF e uma equipe de referência em Saúde Mental para cada três ou quatro UBS. As instalações das UBS têm boa infraestrutura em sua maioria.

O referido distrito congrega áreas de baixo (BA), médio (MD), elevado (EL) e muito elevado (ME) risco de vulnerabilidade social, a qual é

dimensionada a partir do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS). Em Belo Horizonte, o IVS tem por finalidade dimensionar o acesso da população em cinco categorias (BH, 2000):

- Dimensão ambiental: acesso a uma moradia com qualidade, do ponto de vista da densidade do domicílio, da qualidade da edificação e da infraestrutura urbana.
- Dimensão cultural: acesso a educação formal que permita inserção em processos políticos, sociais e econômicos de caráter mais global.
- Dimensão econômica: acesso à ocupação, preferencialmente formal, e um nível de renda.
- Dimensão jurídica: acesso a assistência jurídica de qualidade, aqui considerada como assistência privada.
- Dimensão de segurança de sobrevivência: acesso a serviços de saúde, garantia de segurança alimentar e acesso aos benefícios da previdência social.

Mapa 3: Distrito Noroeste segundo o Índice de Vulnerabilidade Social

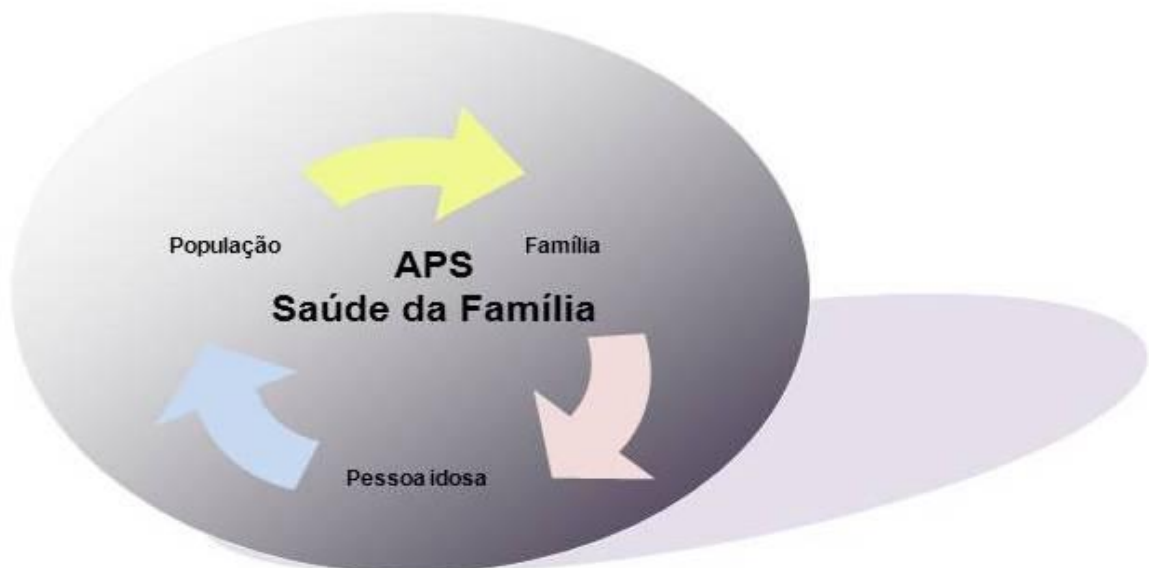


Fonte: Arquivo cedido pela Gerência de Epidemiologia e Informação Noroeste.

A APS e a Saúde da Família tem uma dinâmica de funcionamento como centro organizador da assistência. Os pressupostos da política da atenção básica e da estratégia de saúde da família valorizam tríade população-família-pessoa enquanto orientadores das ações no território da APS. Este *lócus* onde os atores sociais desse estudo se interagem, favorece o desenvolvimento da rede de atenção, mas requer definição política de responsabilidades, papéis, financiamentos, poderes e assim se estabelece relações/interações para o cuidado. O diagrama 2 é sugestivo dessa dinâmica.

DIAGRAMA 2

A Atenção Primária à Saúde como centro organizador da assistência



5.4 Compreendendo o processo de codificação

O primeiro passo da análise, então, constituiu-se na seleção das informações que se referiam aos domínios na sequência narrativa, quais sejam, rede de atenção, fluxos da rede, gestão da rede, relações/interações profissionais, cuidado em rede. Quadros de referências das informações e diagramas foram confeccionados a partir dos domínios identificados que geraram a construção das categorias. Os dados sem nenhuma referência clara a um dos domínios, ou seja, dados soltos, comentários paralelos ou que saíam do contexto da entrevista ou grupo focal foram retirados.

Seguidamente iniciou-se a codificação aberta, que se consistiu na decomposição do material empírico em unidades de análise, sendo que o critério usado para defini-las foi o fato de representarem uma única ideia.

Cada unidade de análise foi codificada na modalidade de "código aberto", onde os dados são examinados palavra por palavra e linha por linha (STRAUSS; CORBIN, 1998) e os códigos foram gerados livremente, muitas vezes refletindo as palavras dos sujeitos. Dessa forma, códigos semelhantes em significado foram agrupados nas mesmas categorias. Neste tipo de análise as ferramentas analíticas incluem fazer perguntas e comparações que ajudam a encontrar as propriedades e dimensões de cada conceito (STRAUSS; CORBIN, 1998).

No mesmo texto era possível identificar outros segmentos que pertenciam também a esta unidade, sendo a mesma unidade de análise presente num outro episódio relatado, nomeados na TFD como evento ou incidente.

Este tipo de codificação facilitou posteriormente a identificação dos dados e a verificação da correspondência das categorias construídas juntamente aos dados. Para tanto, as transcrições foram relidas, as

gravações ouvidas várias vezes e assim códigos foram sendo atribuídos a temas recorrentes.

Com a decomposição dos dados e identificação das unidades de análise categorizadas em seus respectivos domínios formaram-se as categorias descritivas. Foi possível construir outras categorias guiadas e revisadas pelas perguntas: O que é isso? O que isso representa? A que se refere esta unidade de análise? Esta categorização era muito próxima das próprias palavras dos sujeitos. Algumas unidades de análise no primeiro momento que pareciam se associarem a uma ou várias categorias, a opção foi não integrá-las a diferentes categorias de análise conforme os pressupostos de Strauss e Corbin (2008).

A categorização conceitual consistiu em construir categorias mais abstratas e compreensivas das subcategorias atendendo à inter-relação entre elas. À medida que as entrevistas e os grupos focais foram realizados seguindo estes procedimentos, o processo de análise foi orientado em dois sentidos: a) a continuidade dos procedimentos de categorização conceitual; b) sempre que uma nova entrevista ou novo grupo eram analisados verificava-se o surgimento de novas categorias, e se a comparação destas com os dados já analisados justificava a reformulação da análise já realizada ou não ou já nos indicavam início de saturação dos dados, momento de finalizar a coleta e proceder ao desligamento do campo.

Dessa forma, a análise e a comparação constante dos dados, associados à sensibilidade teórica possibilitaram a compreensão dos significados das ações e interações estabelecidas na APS, tendo como foco a atenção à pessoa idosa. Por sua vez, o profissional de saúde vivencia no seu cotidiano de trabalho a busca de alternativas por novas formas de criar e reconstruir fluxos para o cuidado ao idoso, na mítica nova realidade do fenômeno do envelhecimento, que demanda deste profissional, habilidades e competências específicas visando ao cliente, à instituição e à própria posição profissional e social.

A partir dos domínios reconhecidos nas leituras do material empírico o processo todo da codificação possibilitou a emersão de cinco categorias, quais sejam:

QUADRO 2

Apresentação dos domínios e das categorias

Domínios		Categorias
Rede de atenção	de	▪ Operando a rede de cuidados ao idoso na APS.
Fluxo de rede		▪ Discutindo o contexto de atendimento ao idoso, percebendo barreiras e facilidades do cuidado.
Interações profissionais		▪ Refletindo sobre as interações profissionais no contexto de cuidados ao idoso.
Gestão do cuidado	do	▪ Tentando incluir o cuidado ao idoso na APS.
Cuidado idoso	ao	▪ Construindo a rede para o cuidado ao idoso na Atenção Primária à Saúde

5.5 Apresentando as categorias, as subcategorias e os códigos

Cada categoria será apresentada juntamente com as subcategorias, seguidas de seus respectivos códigos conceituais, de modo que contribuiu para sistematizar o modelo teórico originado a partir desta pesquisa. Cada uma das categorias representam os entendimentos, conceptualizações a partir de cada domínio apresentado no quadro 2.

5.5.1 Categoria 1: Operando a rede de cuidados ao idoso na APS

Esta categoria diz respeito ao processo operacional do cuidado no que tange o conceito de rede de atenção, inclui os elementos/situações que possibilitam o surgimento do fenômeno.

Compõe esta categoria as seguintes subcategorias:

- O conceito de rede de atenção para o cuidado ao idoso
- A articulação da rede de cuidados na APS
- Comunicação: ponto central da rede

Os profissionais da APS no seu contexto cotidiano de cuidado à saúde da pessoa idosa buscavam soluções perante a demanda de atendimento imposta de especificidade cuidados: individual, heterogêneo, longitudinal, paliativo e ações coletivas de cuidado para o envelhecimento em geral e para o idoso, assim como o idoso visto na óptica da doença crônica, da funcionalidade ou não.

Estes profissionais desenvolvem as atividades voltadas para o idoso na APS, cujos fluxos de rede para o cuidado são construídos, desconstruídos e reconstruídos. Com o acúmulo da experiência cotidiana os conceitos de rede e seus significados e as interações conduzem para o seu desenvolvimento a partir das necessidades de cuidado e de determinados fluxos para a atenção à saúde especificamente da pessoa idosa. Estes profissionais, devido à condição de cuidados primários à saúde, convivem com a complexidade de suas ações tanto pela amplitude quanto pela subjetividade da saúde do idoso. Tendo ou não fluxos estabelecidos para as necessidades sentidas e não sentidas pelo idoso ou identificadas pelo profissional. A rede de atenção para o cuidado vai adquirindo conformidade num contexto de baixa densidade tecnológica, com característica mais dialógica e articulações entre os profissionais.

O diagrama a seguir facilita o entendimento da operacionalização no qual o fenômeno acontece:

DIAGRAMA 3: *Operando a rede de cuidados ao idoso na APS.*

A subcategoria *o conceito de rede de atenção para o cuidado ao idoso* é o bloco de construção literal do conceito de rede de atenção à saúde desvelada na fala dos sujeitos, e que nos guiará para o modelo teórico da rede. Assim, esta subcategoria se apoia nos códigos descritos no quadro a seguir:

QUADRO 3***O conceito de rede de atenção para o cuidado ao idoso***

- sendo as redes de atenção primária, secundária.
- sendo interserviços, interlocuções profissionais entre NASF, ESF, CEM.
- sendo o contato, igual à comunicação com as pessoas.
- sendo oferta e serviços.
- entrando recurso comunitário, do serviço, outros níveis de atenção e políticas.
- envolvendo saberes e serviços especializados.
- congregando todas as áreas.
- apoio familiar, serviços dentro e fora da instituição.
- interligando serviço sem diversas complexidades.
- sendo cada caso é um caso, ou se resolve ali mesmo (APS) ou precisa-se de mais suporte.
- compreendendo como rede articulada com diversos dispositivos sociais.
- reintegrando o idoso na comunidade ou sociedade.
- os conceitos formados influenciam no cuidado ao idoso.
- recursos para fazer o cuidado.
- proporcionando cuidados gerais.
- indo desde a prevenção até à reabilitação e sociedade.
- tendo a ver com a questão social.

Os depoimentos dos sujeitos que ilustram esta subcategoria são de variadas linguagens que expressam o conceito de rede dos informantes que se apresentam convergentes:

Começa com a entrada na unidade básica e vai se articulando com todos os outros níveis de atenção, a rede complementar [especialidades médicas, exames de alto custo e serviço de imagem], a rede hospitalar, a rede de laboratórios [...]. Então é todo o sistema que a gente tem [...]. E1 - Gerente adjunto/fisioterapeuta.

São as redes primárias, secundárias, terciárias. As redes de atenção à saúde mesmo, seriam... a primária. E2 - Enfermeira.

[...] eu compreendo que é uma rede articulada, né? Com diversos dispositivos sociais que vão ajudar aí na condução do usuário

frente à demanda que ele tiver. [...] no sentido de complementar as ações [...]. E5 – Gerente/enfermeiro .

O que se necessita, onde você trabalha, você usou de todos os meios ali, aí você ultrapassa outro meio, né? Secundário que você tá lá, né? Você ultrapassa e você tem que buscar a solução, né? E4 – Nutricionista.

Todas as unidades que dão suporte para a rede primária, rede secundária tem outras possibilidades que vem, né? R4 – Auxiliar de enfermagem.

A articulação da rede de cuidados na APS é entendida aqui como desencadeadora da linha de cuidado. Há uma diversidade de processos e de necessidades de cuidados que exigem uma estrutura em rede para garantir a integralidade da assistência ao idoso. O cerne desta subcategoria é o funcionamento de rede na perspectiva de articulações variadas e se compõe pelos seguintes códigos:

QUADRO 4

A articulação da rede de cuidados para o idoso na APS

- articulando com o outro.
- articulando a rede intersetorial com dificuldade.
- articulando grupo de trabalho.
- conversando com o outro.
- discutindo com equipe multidisciplinar que tenho hoje.
- envolvendo o CRAS, gestor, ESF, NASF.
- buscando outras redes de apoio.
- envolvendo a assistente social.
- envolvendo algum familiar.
- envolvendo o ACS que acompanha a família e tem informações valiosas.
- tendo todos os meios ultrapassa-os para buscar soluções.
- interligando para prestar serviço de saúde.
- rediscutindo os retornos (da geriatria) no grupo de trabalho.
- disponibilizando serviços de saúde.
- ofertando esse cuidado pelo cuidador do projeto maior cuidado.
- sendo encaminhado para o geriatra.

- buscando outros atores para ter um olhar diferenciado no cuidado.
- seguindo a ideia de cuidado em rede.
- não tendo a APS contato com rede hospitalar, não tem feedback da desospitalização do doente terminal.
- sendo a rede funcional até o nível secundário, daí para o nível terciário perde-se a coordenação da linha do cuidado ao idoso.
- referenciado para a especialidade o Centro Mais Vida.
- tendo retorno do Centro Mais Vida (Geriatría).
- ajudando na condução do usuário.
- sendo da capacidade do outro.
- transpondo a discussão com o ACS e o assistente social para envolver CRAS e NASF.
- tendo grupo trimestral de potenciais cuidadores, orientações para o cuidado.
- tentando identificar algum familiar, vizinho, amigo como potencial cuidador.
- envolvendo a assistente social na identificação de um potencial cuidador.
- tendo critério para o projeto maior cuidado.
- não sendo o olhar só da ESF.
- identificando algum potencial cuidador.

Assim vários depoimentos apontaram para um cuidado desenvolvido na perspectiva de integração de ações, envolvendo a intersetorialidade e ativando várias conversações¹, com vistas à efetivação de ações e à integralidade do cuidado, a saber:

Às vezes vem pessoas aqui atrás do assistente social querendo alguma indicação para levar o idoso em algum lugar para fazer alguma atividade. E1 - Gerente adjunto/fisioterapeuta.

Talvez o idoso tenha critério para o Projeto Maior Cuidado [projeto coordenado pelo Centro de Referência da Assistência Social – CRAS -, que objetiva disponibilizar um cuidador para o idoso frágil residente em área de equipe de saúde da família, em situação de

gerencia, a equipe de saúde da família e NASF tenta identificar se vulnerabilidades] então vou articular isso também no GT [grupo de trabalho] que a gente faz aqui mensal que envolve o CRAS, a esse

¹A Conversação é a unidade mínima de interação social voltada para execução bem sucedida de ações, envolvendo mais de um ato de fala e articula escuta e proposição (ECHEVERRÍA, 1997).

idoso tem critérios contemplados para inseri-lo no projeto [Maior Cuidado]. E5 – Gerente/enfermeiro.

A visão de alguns profissionais da APS diverge da visão gerencial, neste aspecto pois, quando a mesma pergunta foi feita a eles, fazem o contra ponto:

A gente não conversa, né? A gente não se conhece, então quando às vezes a gente se conhece pessoalmente, no meu caso, pelo menos, eu imagino que no de vocês também, às vezes fica até mais fácil [...]. Mas é porque eu conheço fulano eu sei quem tá falando, isso eles pensando lá, na gente, né? Aí facilita, às vezes, as coisas o andamento do caso. R11 – Assistente Social.

Isso é da unidade básica isso não é da unidade básica. R12 – Cirurgiã Dentista.

Em um só tempo, esta mesma rede que se articula sofre estrangulamento de interlocuções e no que concerne a algumas das especialidades médicas e rede hospitalar, identificada como setor terciário, nos achados. Este estrangulamento não é exatamente a falta de assistência, mas uma interrupção sentida pelos profissionais da APS na sequencia da linha de cuidado quando se encaminha para outros níveis de atenção. Alguns depoimentos ilustram esta situação:

Ter esse *feedback* do setor terciário ainda não existe. [...] Acho que no nível secundário alguma coisa já tá acontecendo mas a nível terciário ainda não. Então essa troca a gente tá conversando, debatendo muito na ponta na base, pra ver se através da família, dar o *feedback* a nível terciário. E4 – Nutricionista.

Trecho 1:

- Aqui dentro a gente consegue articular [o atendimento ao idoso]. R10 - Médica de Família.

- Aqui dentro a gente consegue articular[o atendimento ao idoso].. R12 – Cirurgiã Dentista.

- Aqui dentro a gente consegue articular, aqui dentro com a equipe a gente consegue articular. Mas fora tem essas dificuldades que a gente encontra. [...] a gente consegue conversar, muitas vezes a gente consegue. Mas a gente tem muitas dificuldades a gente tenta buscar as redes de apoio, porque quando a gente vê, por exemplo, assim, a questão do idoso sozinho, o idoso sem familiar a gente tem que buscar essa rede de apoio, a gente busca. O que nos cabe a gente tenta fazer, né?, a gente aciona vizinho, a gente vê alguém da comunidade que pode tá ajudando, os vicentinos, alguma associação comunitária, o asilo, né?, a instituição de longa

permanência. Então a gente busca essa rede local para nos ajudar. Agora, muitas vezes a gente consegue com a rede externa? Conseguimos, mas com essas dificuldades. Não tem como atender o idoso sem ser em rede, não tem como. R11 – Assistente Social.

- Porque o idoso é um paciente muito complexo. R10 - Médica de Família.

Comunicação: ponto central da rede elucida a ação primordial dentro de uma rede, a comunicação. Esta subcategoria subsidiou-se em alguns códigos como se segue:

QUADRO 5

Comunicação: ponto central da rede

- tendo essa comunicação.
- sendo a comunicação deficiente.
- discutindo com equipe multidisciplinar, NASF, que tenho hoje.
- buscando a intersetorialidade e a rede de suporte social.
- referenciado para a especialidade por indicação do Centro Mais Vida.
- acionando a família para o acompanhamento ao idoso.
- sendo atendido no Centro Mais Vida vem e-mail do que foi feito.
- tendo furos que ainda acontecem no fluxo.
- tendo ainda tem esses furos.
- sendo mais organizado o atendimento ao idoso nos últimos anos.
- sendo pouco tempo atrás humanamente encaminhar um idoso para geriatria.
- tendo oferta agora bem mais ampla da geriatria, a gente consegue encaminhar sim.
- tendo certa dificuldade para exames complementares.
- estabelecendo vínculo com o idoso.
- Sendo que a família do idoso quer a dieta industrializada e não poupa esforços, reivindica no ministério público e a PBH fornece.
- não tendo vaga para o geriatria porque ele mudou e não foi comunicado para a Unidade.
- sendo retorno para geriatria super tranquilo, mas ainda acontece essa falha de comunicação.

Esta subcategoria expressa um ciclo de interações em que se percebe todo o fluxo de rede com seus estrangulamentos e suas

conexões. Gerentes, enfermagem e assistente social são peças chave do fluxo considerando que estes imprimem esforços para atender as demandas o que exige comunicação com os serviços instaurando uma ligação de pontos rede de atenção.

O gestão [prontuário eletrônico] é um instrumento que melhorou o acesso a essa informação [comparecimento à consulta] [...] nem todos os serviços são municipalizados, fica fragmentado, para melhorar acredito que essa era uma forma, um sistema de comunicação único, o comprometimento dos profissionais em está fazendo a sua contra referência. R7 – Enfermeira.

Aí, hoje a gente tem teleconsultas, né? Teleconsultoria. Ele vai, uma situação que precisou de saber se vai usar lá o [...] Centro de Especialidades Médicas, e ele já entrou em contato para dar esse suporte. E4 - Nutricionista (4.3.28-32)

As ações que os profissionais de saúde realizam com o idoso são consideradas como aquelas oriundas de fluxos do cuidado direto. Mediante uma necessidade sentida ou observada pelo profissional ou pelo próprio idoso a rede se estabelece, ou melhor, se integra desde o cuidado primário ao cuidado mais complexo, integrando o rol das atividades privativas da APS, por meio de tecnologias variadas, o que podemos entender como linha de cuidado. O que não quer dizer que a comunicação entre APS e outros pontos da rede se conectam ou não dentro de um padrão satisfatório para o cuidado ao idoso.

Um profissional (geriatra) que era referência para unidade de saúde mudou e não foi informado, não constava vaga para o ambulatório dele. Foi um paciente que informou à UBS que o médico mudou. E3 – Gerente/médica.

5.5.2 Categoria 2: Discutindo o contexto de atendimento ao idoso, percebendo barreiras e facilidades para o cuidado

Esta categoria retrata o *lócus* de atendimento ao idoso específico na APS. Neste cenário, encontraram-se os atores sociais tentando cumprir

diretrizes mínimas em uma porta de entrada da rede de cuidados ao idoso.

Esta categoria é composta pelas seguintes subcategorias:

- Chegando ao centro de saúde.
- A demanda é soberana impondo o atendimento.
- Experimentando estratégias para o cuidado ao idoso.

Os significados apreendidos podem ser verificados através de pontos que cumprem um fluxo de acordo com a demanda do idoso privilegiando a doença crônica. A proposta é de atendimento prioritário pela equipe de saúde da família de referência de seu território de residência.

A assistência ao idoso tem sido orientada pelo paradigma da patogênese. Ou seja, considerando as demandas que aparecem decorrentes de sintomas clínicos, queixas e demandas inerentes aos diagnósticos de doenças crônicas não transmissíveis, que envolve diretamente intervenções da equipe multiprofissional. Outros aspectos também se evidenciam como a comunicação para o cuidado ao idoso que numa rede de relações com fluxos estabelecidos, outros insipientes e outros ausentes.

A saúde do idoso, neste, aspecto, mostra o processo evolutivo de ressignificações de necessidades do cuidado, dos profissionais para o cuidado no contexto que aponta processo, estrutura e rede diferenciados dentro da rede e a comunicação mais efetiva, conforme o efeito de ondas retratado no diagrama 4.

DIAGRAMA 4: *Discutindo o contexto de atendimento ao idoso, percebendo barreiras e facilidades para o cuidado.*



Chegando ao centro de saúde, esta subcategoria se refere à entrada na rede de atenção à saúde, consiste no *start* para o início do cuidado. Quer dizer adentrando a rede quando e onde o idoso será avaliado por uma equipe de referência, que geralmente é a equipe de saúde da família que responde pelo território no qual ele reside, salvo áreas de baixo risco de vulnerabilidade social. Os códigos alusivos a esta porta de entrada são evidenciados em:

QUADRO 6

Chegando ao Centro de Saúde

- sendo avaliado pela equipe de acordo com a necessidade do momento.
- atendimento do idoso com equipe multiprofissional.
- sendo o acompanhamento ao idoso ligado a quem tem patologia hoje.
- sendo o acompanhamento multiprofissional para patologia crônica.
- sendo o acompanhamento da enfermagem também muito tranquilo.
- sendo que o clínico e o generalista não têm dificuldade com o idoso.
- tendo hoje em dia grupos que tratam da doença crônica.

- parando para atender à demanda espontânea a todo momento.
- não existindo impacto da demanda aguda, a promoção é possível.
- sendo difícil o acesso geográfico ao centro de saúde.
- não havendo necessidade encaminhá-lo, vem direto do direto do médico.

Há destaque para o idoso com alguma patologia e mais especificamente a doença crônica.

Hoje em dia não existe isso [atendimento específico para o idoso], hoje em dia a gente tem os grupos que tratam das doenças crônicas, tratam em cima das doenças crônicas não é específico pro idoso, prá prevenção, é específico em cima daquela doença crônica. E2 – Enfermeira.

Há oferta considerável de consulta na geriatria, ou seja, é possível contemplar na rede, nos centros de especialidades médicas para a assistência ao idoso tendo como referencia a concepção de funcionalidade e os preceitos para o envelhecimento ativo, o que nem é mencionado claramente pelos sujeitos desta pesquisa. Mas há o olhar atento para o idoso, pois, para ele chegar ao centro de geriatria, a principal porta de entrada para ele é por meio da APS. Dessa forma, destaca-se que:

Se o paciente pertence a uma das equipes, ele geralmente é consultado atendido pelo médico, equipe ou pela equipe como um todo. A enfermeira, né, de acordo com o que ele demanda, ele pode ser encaminhado para os profissionais do NASF [...] pode ser encaminhado para o centro de (pausa) para os CREABS ou pode ser encaminhado para o Centro Mais Vida [centro de referência em geriatria de um Hospital Universitário]. E1 - Gerente adjunto/fisioterapeuta.

Mas no nível local aparecem dificuldades e barreiras para o atendimento ao idoso:

Hoje mesmo enquanto eu tô aqui com vocês minha médica tá lá se matando lá, porque hoje não era dia de demanda espontânea ela tinha consulta agendada e chegaram sete pessoas [...] parar a todo momento para atender a livre demanda. R15 - Enfermeira.

Tem uma equipe que fica no outro lado da BR, não tem passarela para atravessar o acesso dele é muito difícil, imagina uma pessoa idosa atravessar essa BR. R13 – Psicólogo.

Experimentando estratégias para o cuidado ao idoso, esta subcategoria aponta o paradoxo de um cuidado novo a uma pessoa idosa. Foi abstraída perante os paradigmáticos códigos conforme se pode observar:

QUADRO 7

Experimentando estratégias para o cuidado ao idoso

- decidindo sobre o cuidado direto ao idoso.
- envolvendo equipe multiprofissional para o cuidado ao idoso.
- criando um projeto terapêutico para o idoso.
- tendo o grupo de idoso prá gente fazer algum cuidado diferente.
- fragmentando o cuidado na rede
- necessitando de fluxo ou rede de suporte social para o cuidado ao idoso.
- não tendo fluxos é o que mais pesa no acompanhamento à pessoa idosa.
- necessitando de fluxo ou rede de suporte social para o cuidado ao idoso
- tendo a necessidade de um fluxo definido entre APS X nutrição X SMSA.
- tendo fluxo de dieta e suporte para outros ciclos de vida, mas para o idoso não tem.
- tendo grupo operativo, hoje grupo de terceira idade no CRAS.
- tendo aqui Liang Gong.
- tendo terapia comunitária no CS e Conjunto Via Expressa como forma de inserção social do idoso.
- tendo grupo de dança na igreja pela ESF e CRAS.
- tendo a academia da cidade.
- necessitando de capacitação na saúde do idoso
- faltando capacitação específica na odontologia para saúde do idoso
- sendo a primeira consulta de cardiologia nem tão difícil.
- Sendo difícil conseguir retorno na cardiologia.

As pessoas idosas sempre foram atendidas de uma forma ou de outra nos serviços da APS, mas em proporções inferiores a outros ciclos de vida. Na atualidade as demandas dessa camada da população ganham maior visibilidade nos serviços de saúde pela evidencia do irrefutável processo das transições demográfica e epidemiológica. Os profissionais não se preparam para prestarem o cuidado a essa clientela, apoiando-se

em políticas socio sanitárias típicas de países jovens como era o caso do Brasil até pouco tempo. Nos grupos focais emergiu de duas participantes da área da saúde bucal a necessidade de capacitação em relação ao idoso, já recorrente em outras categorias:

Fizemos especialização práaa, focado né na saúde coletiva, e não teve nenhuma aula de gerontologia. Nós tivemos um grupo que foi super bacana com a [profissional], foi fantástico, mas ela não é dentista não entende nada de boca, entendeu?, a coisa dela é o idoso global. R3 – Cirurgiã Dentista.

A gente não tem capacitação e eu trabalho com idoso também, então é muito difícil trabalhar com idoso principalmente na área que a gente tá provocando desconforto para ele. R12 -Cirugiã Dentista.

Nesta perspectiva vai se delineando a fragmentação do cuidado que fica evidente no cotidiano e entre os demais integrantes da APS. Prestar esses cuidados de forma fragmentada tem sido uma das experiências cotidianas dos profissionais que estão exatamente nesta porta de entrada.

A gente sabe como está esse acompanhamento, mas ainda tá começando, mas é bem fragmentado. R7 - Enfermeira.

Trecho 2:

- É muito isolado. R11 – Assistente Social.

- Fragmentado. R12 – Cirurgiã Dentista.

- Fragmentado e isolado. [...] Mas a rede tem ela tem essa coisa de tá isolada, não conversar, não se conhecer e as vezes até um se responsabilizar o outro mas isso é da saúde mas isso aqui não é da saúde, isso aqui é da assistência e a assistência não mais isso é da saúde. R11 – Assistente Social.

Esses profissionais, em sua maioria, dividem entre si a responsabilidade do cuidado ao idoso. No acolhimento atendimento pela enfermagem, na maioria das vezes há necessidade de atendimento médico e continua o enfermeiro e a enfermagem com a tarefa de “recepcionar o idoso na APS”, vez que ele chega ao centro de saúde com queixa. Assim se diz que a equipe decide sobre o cuidado.

Geralmente é uma decisão da (telefone tocando ao fundo) própria equipe mesmo, né? [...] Nas reuniões de equipe é que eles discutem e conduzem como que vai ser esse atendimento essa criação do projeto terapêutico. E1 - Gerente adjunto/fisioterapeuta.

No tocante às áreas específicas de cuidado das equipes multiprofissionais a lacuna de fluxo se torna evidente. As lacunas de fluxos apresentam-se menos intensas para as equipes de saúde da família, apesar de dificultarem a integralidade do cuidado ao idoso mas, há perspectiva de inclusão da pessoa idosa no sistema de saúde e garantia de alguns cuidados.

Vejo que, quando nós do NASF encaminhamos ali a reunião de equipe pro médico generalista, ele já se vê hoje com essa ferramenta [teleconsultoria]. E4 - Nutricionista.

A demanda é soberana impondo o atendimento ao idoso, esse conceito aponta que o idoso está na demanda espontânea e é uma forma de resolutividade imediata de necessidades baseada naquilo que ele acha importante no momento e é uma forma da equipe garantir um atendimento muitas vezes pontual. Atende-se a queixa clínica e o tempo é curto para ampliar a avaliação do ponto de vista da funcionalidade, mas, por outro lado, há oferta de atendimento programado dessa clientela. Os códigos que compõem esta subcategoria se encontram-se a seguir:

QUADRO 8

A demanda é soberana impondo o atendimento ao idoso

- tendo pontos de atendimento ao cidadão que vem com alguma demanda.
 - tendo demanda de falta de saúde.
 - tendo demanda da doença em si.
 - tendo a demanda que tiver.
 - tendo demanda grande e oferta reduzida de geriátrica.
 - tendo o idoso na demanda espontânea.
-

- tendo o idoso na demanda programada.
- tendo necessidades e demandas.
- agendando o idoso por algum motivo.
- dependendo do que vier de demanda identificada.
- não tendo como abordar o idoso na consulta clínica.
- não tendo vaga na agenda.
- atendendo em quinze minutos.
- chegando a maior população no centro de saúde.
- número de idosos está aumentando.
- aumentando a faixa etária de idosos.

Esta subcategoria aponta uma imposição introjetada por estes profissionais de saúde como uma das responsabilidades das equipes de saúde da família e do gerente local em garantir um atendimento prioritário aos idosos na APS. Assim pode-se verificar em alguns depoimentos a incipiência de um cumpra-se e maneiras de pensar e fazer diferenciados em relação à prioridade:

A partir desse primeiro contato com esse idoso vão ser identificadas aí algumas necessidades ou algumas demandas [...] a partir daí a gente vai ampliar esse olhar. E5 – Gerente/enfermeiro.

Na minha agenda eu tenho vaga de psiquiatria, eu tenho vaga de hipertenso e diabético, eu tenho vaga de criança, eu tenho vaga de gestante e saúde da mulher, mas não tenho de idoso. R10 – Médica de Família.

Até no nosso sistema a gente não tem protocolo de idoso para a gente registrar a gente registra no do adulto. R11 – Assistente Social.

5.5.3 Categoria 3: Refletindo sobre as interações profissionais no contexto de cuidados ao idoso

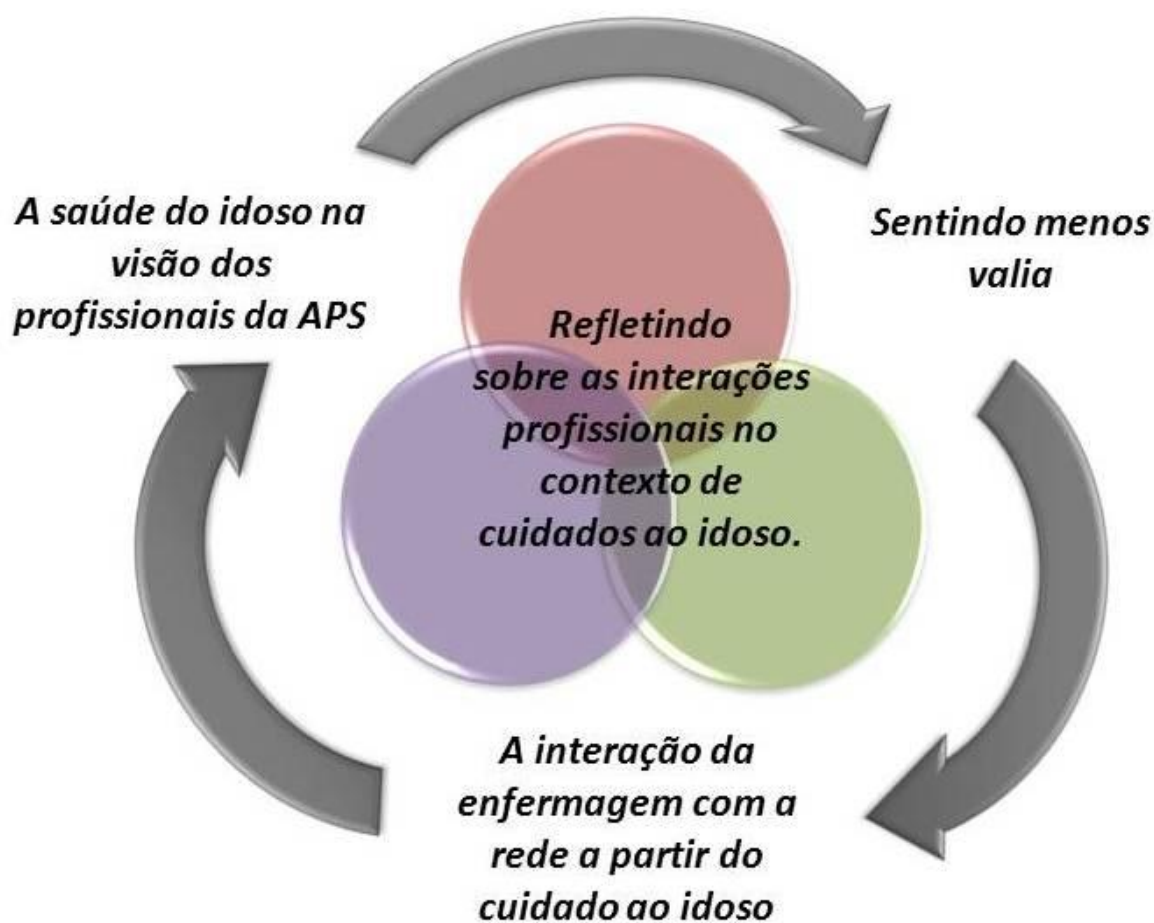
Esta categoria representa as interações profissionais pelas quais se constrói, reconstrói e se busca prestar o cuidado ao idoso no ponto da

rede que é a APS. É evidenciada a partir de subcategorias com elementos que compreendem a relação entre os profissionais ou seja, as condições do cuidado ao idoso na APS.

As subcategorias a seguir fundamentam esta categoria são:

- A saúde do idoso na visão dos profissionais *da APS*.
- Sentindo menos valia.
- A interação da enfermagem com a rede a partir do cuidado ao idoso.

DIAGRAMA 5: *Refletindo sobre as interações profissionais no contexto de cuidados ao idoso.*



A saúde do idoso na visão dos profissionais da APS reporta às relações de poder e responsabilidades advindas da hegemonia do modelo biomédico. Compuseram esta subcategoria os seguintes códigos:

QUADRO 9

A saúde do idoso na visão dos profissionais

- sendo que o médico define a conduta.
- só podendo encaminhar para o médico generalista.
- existindo a vontade e não tendo como de fato fazer.
- esquecendo o nome do ambulatório do idoso.
- fazendo monitoramento por meio do ACS e consultas.
- revendo encaminhamento recusado pela CMC.
- a rede ainda precisa avançar.

O cuidado ao idoso segue a lógica da demanda por atendimentos ambulatoriais que se constitui como demanda espontânea, em algumas unidades tanto pelo número de idosos quanto pela especificidade deste cuidado. A percepção dos profissionais da APS evidenciam a hegemonia do modelo centrado na doença.

Ainda é muito médico centrado [modelo assistencial], a questão do agudo, né? Ainda é a questão da doença. R11 – Assistente Social.

O que acontece hoje, o acompanhamento está muito ligado a quem tem patologia. E2 – Enfermeira.

[...] as pessoas que cuidam dos idosos às vezes tem pouca informação sobre o que a rede pode oferecer para ela, além do serviço de saúde como eles entendem que é o médico. E1 – Gerente Adjunta/fisioterapeuta.

[...] a gente fala alguma coisa lá e ele quer ouvir do médico [...]. A enfermeira vai te ouvir lá dentro - mas não quero falar com enfermeira não, quero o médico. R1 – Auxiliar de enfermagem.

Ademais, a que se apreender e trabalhar com o modelo assistencial de cultura da população que mais valoriza os serviços especializados e menor valorização dos UBS que tem a conotação de “porta de entrada

para a especialidade, médica”, muitas vezes. Além disso, a equipe multiprofissional estabelece esta linha decisão para o cuidado atrelada à conduta médica.

Geralmente é o médico que atende mesmo que define a conduta desse paciente [...]. E1 – Gerente adjunto (1.2.33-34)

Sentindo menos valia é uma subcategoria densa de expressão verbal em seus códigos:

QUADRO 10

Sentindo menos valia

- não fazendo mais que nossa obrigação.
- cumprindo com os indicadores somos reconhecidos pela instituição.
- cumprindo a obrigação.
- sendo um reconhecimento vago.
- disputando um cobrando do outro
- fazendo, fazendo e não está bom.
- não percebendo nenhum tipo de reconhecimento do usuário.
- querendo ser avaliado só pela dentista.
- querendo ser avaliado só pelo médico.
- querendo ouvir do médico.
- desabafando, esta é a hora.
- público idoso tende a ser mais afetuoso é carente.
- acreditando no que a mídia fala.
- ficando a sociedade mais contra a gente.
- sendo a sociedade mais denunciadora e agressora com a gente.
- carregando uma coisa, não sabem o que a gente faz

O sentimento de menos valia refere-se a um momento das entrevistas ou dos grupos focais em que a impotência e/ou o sofrimento no trabalho são abordados pelos informantes:

Mas esse reconhecimento fica vago, no geral é nenhum, quando ela [moderadora do grupo focal] perguntou eu já pensei em nenhum também. R1 – auxiliar de enfermagem.

Trecho 3:

- Faz, faz e não tá bom. R2 – auxiliar de enfermagem.
- Desabafar é tão bom. R3 – auxiliar de enfermagem.
- Mas eu acho que não tem um reconhecimento, eu acredito também que... carregando uma coisa carregando né, eles não sabem o que a gente tá fazendo aqui mas a gente também não conta acho que tem dois lados. R11 – Assistente social.

Nesse momento dos depoimentos também se identificou aspectos que limitam as relações interpessoais e a percepção da enfermagem tem ressonância na percepção de outras categorias no tocante ao contexto de trabalho:

Eu acho que eu deixo a desejar, na parte da enfermagem. E2 – Enfermeira.

Ao invés da gente ser parceiro a gente acaba disputando, um (profissional) cobrando do outro. R11 – Assistente Social.

Várias são as limitações encontradas que norteiam o caminhar do profissional na APS, ou seja, os sentimentos que vigoram em termos de cultura profissional, relacionamento entre profissionais e entre profissional e o próprio paciente.

[...] o idoso chega, né? Eu que recebo [...]. Mas ele quer ser avaliado pela dentista, ele quer que a dentista olhe o que ele tem apesar da mesma coisa que eu vou falar [...]. R2 – Auxiliar de Saúde Bucal.

[...] há muitas vezes falta de recurso da política que gente precisa sanar, né? A gente precisa de uma política que seja complementar a da saúde e ela tem pouco recurso para nos ajudar [...] material, [...] carro, [...] gente para nos ajudar, [...] fazer as visitas e buscar o que tiver que buscar em termos de atendimentos aqui. R11 – Assistente social.

Destas limitações, a mais evidente na esfera de trabalho dos sujeitos da pesquisa, reside naquelas do reconhecimento por parte da população, institucional e pessoal do profissional para consigo mesmo:

Eu vejo a sociedade cobrando um trabalho que a gente não tem como oferecer, [...] você tem que fazer e se vira e você tem que fazer porque saiu na televisão [...]. Eu vejo ela mais como uma cobradora e mais uma denunciadora também R6 – Enfermeira.

O público idoso tende a ser mais afetuoso é carente, eles chegam, né, e fala, agradece, né. Então eu acho que o maior retorno que recebo é do próprio usuário atendido dá esse retorno um ponto positivo pra gente. R13 – Psicólogo/CRAS.

A interação da enfermagem com a rede a partir do cuidado ao idoso é uma subcategoria fundamentada nos códigos como a seguir:

QUADRO 11

A interação da enfermagem com a rede a partir do cuidado ao idoso

- deixando a desejar na parte da enfermagem.
- restringindo a promoção que a gente não tem feito.
- ficando a enfermagem muito restrita.
- somando saberes para a saúde do idoso.
- não tendo trabalho coletivo, não.
- ficando o enfermeiro na linha de frente.
- o enfermeiro definindo o cuidado.
- ficando o enfermeiro no acolhimento.
- chamando a família à co-responsabilização para o cuidado ao idoso.
- tendo o NASF como parceiro.
- uma das enfermeiras faz o atendimento ao idoso.
- tendo algumas coisas que estão agarradas.

Esta subcategoria mostra como o enfermeiro sente e percebe a necessidade de realização de ações para atender a demanda do idoso sob sua responsabilidade.

[...] atualmente, a gente não tá tendo [grupo] [...] porque a gente mudou, mas a gente tinha um grupo de idoso [...]. Tem as visitas domiciliares aos idosos e acamados a gente faz os dois. E2 – Enfermeira.

Eu acho que tem melhorado, mas é claro que temos as nossas dificuldades por que o número de idosos tem aumentado né, tem

essa questão da família muitas vezes muitas vezes não fornecer o suporte adequado, problemas sociais até, né? Até bom a presença do [psicólogo] assim. R14 – Enfermeira.

O enfermeiro ou a enfermagem na linha de frente do centro de saúde tentam de diversas formas realizar seu trabalho articulando o cuidado por meio de várias ações: acolhimento, classificação de risco, curativos, imunizações, verificação de dados vitais, visita domiciliar, grupos, elaboração de relatórios, solicitação de materiais. Às vezes, tais ações são até simultâneas como por exemplo, o enfermeiro estando na consulta de enfermagem (puericultura, pré-natal, prevenção de câncer cérvico uterino), ou grupo de controle de crônicos ou reuniões de equipe é chamado para acolhimento de agudo de sua área adscrita.

Então de um modo geral quando ele chega ele [o idoso] é acolhido pela equipe, no caso eu estou falando da enfermeira da equipe. R5 auxiliar de enfermagem.

A gente [enfermeira] define se ele [o idoso] precisa de cuidados de enfermagem ou cuidados do auxiliar, visita médica de tanto em tanto tempo, apoio do NASF ou de outras é, ou de outras, fisioterapia ou PAD, outras. R6 – Enfermeira.

O acompanhamento que é feito pela enfermagem também é muito tranquilo, inclusive uma das enfermeiras das três equipes que faz o atendimento ao idoso. E3 – Gerente local/médica.

Nessa perspectiva, o enfermeiro busca modos de possibilitar a existência do cuidado, mas que não dá visibilidade de cuidado em rede, pois nem sempre são apontados no fluxo de atendimento existente para o cuidado ao idoso no SUSBH.

Eu acho que a primeira coisa é chamar a família do idoso, inserir a família no cuidado do idoso enquanto o idoso vier sozinho não vai ter muita diferença não. A família tem que participar do cuidado do idoso e é o que a gente observa que não acontece. R1 – Auxiliar de enfermagem.

É neste momento que se concretizam buscas, caracterizadas como contra-fluxos, que darão início às ações de cuidados, concretizando-se em momentos de angústias, realizações e interações de poderes e saberes. É

o momento também em que se articulam pontos da rede de atenção com suas inconsistências, às vezes para sua ampliação e ao mesmo tempo deflagrando sua fragmentação.

Porque a enfermagem só pode encaminhar pro médico generalista, então a gente fica meio restrito [...]. E2 – Enfermeira.

Observa-se que, o enfermeiro tem desenvolvido ações nas quais ele gradativamente se aproxima do cuidado específico ao idoso:

Eu faço trabalho com idoso no atendimento individual com a família, as avaliações dos vários testes que você tem na avaliação do idoso [...].R7 – Enfermeira.

Outras questões que evidenciam essas repercussões referem-se que o afastamento do enfermeiro em âmbito do cuidar, pois, é atribuído a ele diversas atribuições, fatores dentre as quais da esfera institucional, educacional e social, uma vez que o sistema contrata, cobra e aloca esses enfermeiros conforme necessidade de serviço, independente de suas habilidades e competências.

Este profissional tem passado por momentos de transição onde, na atualidade, se vê preocupado com ações que não são de sua competência e que, deveriam deixar aos profissionais a quem cabe o circuito desse processo. Entretanto, entra a esfera de gestão dos vários níveis que atribuem a esses profissionais essas ações e oferecem capacitações que não influenciam em mudanças na sua prática cotidiana.

Existe, portanto, a responsabilidade sanitária com a comunidade de um dado território, em relação às ações de cuidado, haja vista questões sociopolíticas e econômicas que interferem no cuidado, chamando a atenção que na saúde do idoso a própria população não se reconhece em todas as suas necessidades como no caso, o idoso e tampouco a instituição tem tomado esta causa para si, como eixo de orientação dos cuidados primários e prioritários, uma vez que dados demográficos e

epidemiológicos vem alertando sobre o aumento do número de idosos e com mais incapacidades.

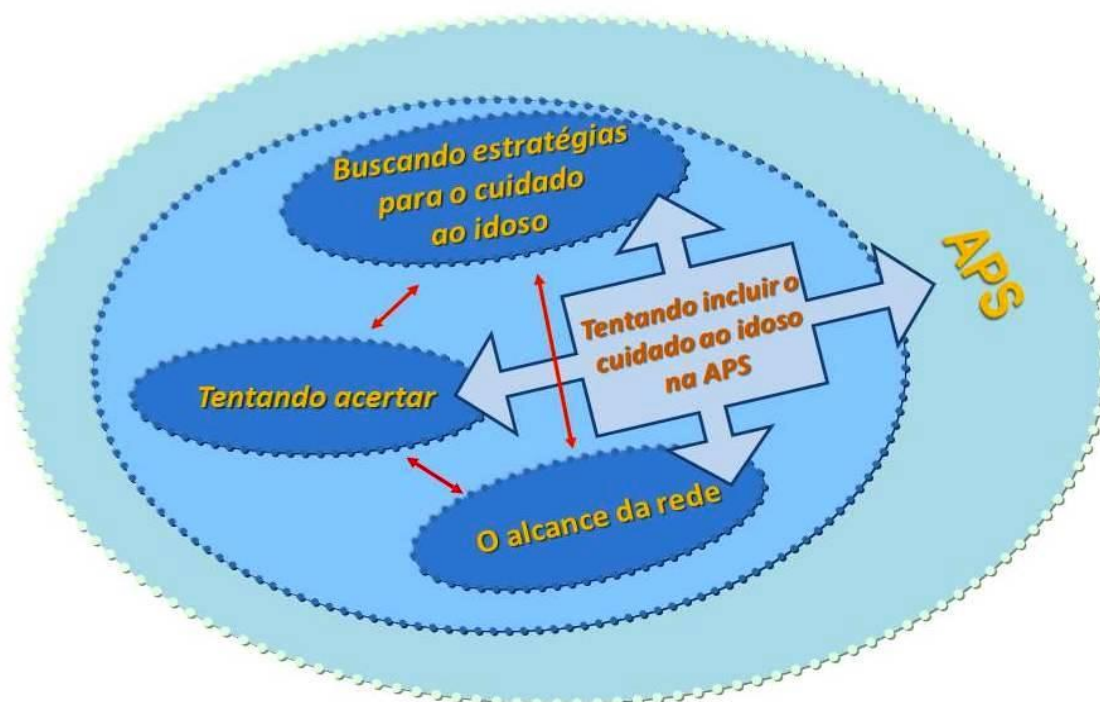
5.5.4 Categoria 4: Tentando incluir o cuidado ao idoso na APS

Tentando incluir o cuidado ao idoso na APS é uma categoria que descreve como a APS tem se organizado em suas estratégias de ação/interação para o cuidado aos idosos do território adscrito. Várias estratégias permeiam este contexto de acordo com necessidades: protocolo eletrônico do idoso, família envolvida, intersetorialidade oficializada, políticas públicas avançadas com curto prazo de implementação, interesse político; inércia institucional na área da saúde do idoso; perpetuações da lógica biologicista e sistema de saúde ainda excludente e conceitos formulados com base no senso comum.

As subcategorias que compõem esta categoria são:

- *Buscando estratégias para o cuidado ao idoso*
- *Tentando acertar*
- *O alcance da rede*

DIAGRAMA 6: *Tentando incluir o cuidado ao idoso na APS.*



Uma das subcategorias que compõe esta categoria é *buscando estratégias para o cuidado ao idoso* que traz em seu espectro de ações para o cuidado, conforme a codificação no quadro a seguir:

QUADRO 12

Buscando estratégias para o cuidado ao idoso

- responsabilizando pelo fluxo APS X especialidade.
- tendo o atendimento prioritário para o idoso.
- tendo o idoso, prioridade na saúde bucal no tratamento e no atendimento.
- procurando cumprir a lei no acolhimento você tem que priorizar o idoso.
- garantindo o atendimento prioritário ao idoso.
- começando o atendimento prioritário em todos os setores.
- chegando aí no caso, a gente faz acolhimento, é prioriza o atendimento dele (idoso).
- havendo subutilização da especialidade geriátrica, precisa discutir um pouco mais isso.
- faltando planejar para uma priorização de fato.
- conhecendo os idosos depois tem a avaliação e se discute isso em reunião de equipe.
- não tendo como assegurar questão do medicamento, gente ainda tem as faltas.
- monitorando por meio do ACS e consultas.
- revendo encaminhamento recusado pela Central de Marcação de Consultas.
- buscando a intersetorialidade e a rede de suporte social.
- refletindo sobre sentidos e significados da Saúde Bucal na Saúde do Idoso.

O profissional que assume o caso e vai conduzindo-o na expectativa de satisfazer às necessidades dos usuários. No entanto, a condução do cuidado ao idoso chega a ser desgastante para o profissional de saúde mesmo com a presença de uma equipe multiprofissional. Anão-ação da instituição em relação aos processos da saúde do idoso se evidencia no campo da APS e nas situações em que a família não se compromete com esse cuidado, reforçando o sentimento de desgaste do profissional.

[...] a gente esbarra muito na questão familiar, né? [...] ela não consegue entender o que que a gente está orientando para esse idoso ou não quer entender ou já tá desgastada, né? R6 – Enfermeira.

O que a gente faz é escuta, acolhimento e direciona ele para a necessidade dele. R8 – Auxiliar de Saúde Bucal.

Na gestão do cuidado ao idoso, portanto, entende-se a necessidade de rede para dar sequência ao cuidado, neste caso, a rede de suporte social. Este cuidado abrange encaminhamentos interserviços, interlocução com a família e amadurecimento da população para seu próprio movimento de si cuidar, além de competência, habilidades e ética profissional. Nesta rede a família é imprescindível, o profissional de saúde não pode estabelecer as ações de cuidado do idoso sem envolvê-la.

Da questão da prevenção mesmo, eu trabalho com eles, a questão da avaliação do dente que, pra eles, não tem muito sentido, valor da prótese então [...] assim vai fazendo uma certa rede aqui dentro. R8 - Auxiliar de Saúde Bucal.

Apesar que, para eles, o dente não faz parte do corpo. R7 – Enfermeira.

O cuidado ao idoso na APS, junto aos profissionais da saúde da família, de forma tênue junto à saúde bucal, tem ocupado um lugar de *atendimento prioritário* permeado de significados diferenciados entre profissionais e entre os UBS, emergindo várias concepções ou formas de percebê-lo.

Não tem nada exclusivamente [refere-se à prioridade de atendimento]para o idoso aqui não. R8 – Auxiliar de Saúde Bucal.

Especificamente na saúde bucal o idoso tem prioridade no tratamento, no atendimento. Quando ele vem à unidade ele não precisa passar pelo acolhimento, ele tem um fluxo direto, né?,na odontologia. R12 – Cirurgião Dentista.

[...] faz acolhimento, ééé, prioriza o atendimento dele [idoso], a gente deixa agendado [...]. R4 - Auxiliar de Enfermagem.

A prioridade de atendimento ao idoso vem desde um simples cumprimento de lei que é a prioridade pelo critério etário até à prioridade

de atendimento com respaldo em critério clínico, que é comum no acolhimento a todas as pessoas que são acolhidas pela enfermagem de acordo com seu território.

[...] no acolhimento a gente dá prioridade aos idosos, a gente tenta passar eles na frente. E2 - Enfermeira.

[...] aqui na unidade está começando o atendimento prioritário, em todos os setores eles tem prioridade. R8 - Auxiliar de Enfermagem.

A prioridade é clínica, mas a segunda prioridade é a idade. R7 - Enfermeira.

[...] até a questão da prioridade no atendimento no Centro de Saúde [...] é lei mesmo, mas agora tá procurando ser cumprida. No acolhimento você tem que priorizar, antes a gente até priorizava aqui quem tivesse. Agora você prioriza o idoso tem o atendimento preferencial na fila da farmácia todo tipo de atendimento aqui dentro. R14 - Enfermeira.

Para o gerente local a gestão do cuidado se torna mais complexa quando se trata de gestão de todos os espaços de produção de cuidados sob sua responsabilidade para garantir o atendimento prioritário:

[...] tem que ter prioridade o idoso, tem! Com qual pessoal? Cadê meu funcionário pra poder fazer isso? Porque eu tenho um funcionário pra atender farmácia, como que eu vou fazer pra atender prioritariamente deficiente, idoso, né/ Na recepção a mesma coisa, eu acho que existe a vontade, mas que a gente não tem como de fato fazer [...]. E3 - Gerente/médica.

Na outra parte aqui na farmácia, no laboratório, na marcação de consulta especializada desde julho a gente já tem o atendimento prioritário, fila separada para as pessoas idosas, no caso idoso, gestantes, mães com criança no colo. É isso. E1 - Gerente Adjunto/fisioterapeuta.

Assim, na busca de estratégias ainda se depara com questões técnicas, conceituais, metodológicas, organizacionais e mesmo legais herdadas historicamente das políticas socio sanitárias além do sistema fragmentado.

Os códigos que fundamentam a subcategoria *tentando acertar* estão expostos no quadro a seguir:

QUADRO 13

Tentando acertar

- questionando a resolubilidade do cuidado ao idoso na APS.
- preocupando em capacitar em doenças crônicas.
- somando saberes para a saúde do idoso.
- criando espaço de cuidado coletivo
- debatendo sobre o ser idoso
- debatendo sobre o serviço
- qualificando a vida do idoso
- mostrando a cara ou a boca
- não tendo boca a ser cuidada
- levando o idoso para o serviço de saúde
- tendo especificidade o cuidado ao idoso.
- necessitando de suporte para fornecimento de dieta industrializada.
- pressupondo-se que falta de fluxos leva a encaminhamentos.
- dificultando para o idoso o Centro de Saúde no alto do morro
- perdendo a consulta especializada
- necessitando ser ouvido (o idoso)

Esta subcategoria traz uma diversidade de elementos simbólicos os quais evidenciam a necessidade de se ajustar necessidades demandadas pela população idosa, pelo profissional de saúde e pela proposta de atenção à saúde da instituição. É evidenciado em vários momentos que ainda não ter protocolo assistencial eletrônico para este seguimento da população, não impede a avaliação e o cuidado:

Eu acho que ela (SMSA) preocupa muito em capacitar em cima das doenças crônicas hipertensão, diabetes, tuberculose. Ao invés de tratar os cuidados mesmo de idoso, sendo que a faixa etária de idoso tem aumentado. E2 – Enfermeira.

O pessoal que tá vindo procurando mais a odontologia. Tão sendo bem mais acolhido agora. R9 – Auxiliar de Saúde Bucal.

Dessa forma, nos grupos focais realizados aqueceu-se o debate sobre o ser idoso, o serviço, a qualificação da vida do idoso e o significado do serviço de saúde para o idoso, conforme destacam os trechos:

Trecho 4:

- Você vai passear e você vai para o centro de saúde? Saúde não é posto de saúde, saúde não é vir passear no posto de saúde. R3 - Cirurgiã dentista.

- Ah! Mas para o idoso é sim! R2 - Auxiliar de Saúde Bucal.

O idoso é condicionado a isso né, o idoso ele sai de casa para ir ao médico e voltar para casa e mais nada. Então não é só isso, ele tem que ter é vida, lazer, passear, viajar. Auxiliar de Enfermagem.

Trecho 5:

- Rede são os vários serviços, equipamentos serviços nas suas diversas complexidades, pra atender as necessidades dos idosos. R7 - Enfermeira.

- Diversão né?... R8- Auxiliar de Enfermagem

- Lazer né?... Como que é visto, é só de pensar que no centro de saúde tirando a população que está no redor, [...] o acesso aqui já é difícil, pro idoso subir o morro, o transporte para chegar aqui não é dos melhores então assim uma das partes dessa rede já está prejudicada. R7 - Enfermeira.

Esta subcategoria se apresenta por códigos compostos de uma visão crítica dos respondentes para ordenar a experiência de cada um, convergentes entre si, no sentido de discriminar, generalizar, fazer sempre a distinção no contexto, levando a entender que o mundo é fragmentado pelos significados que se usa, através da linguagem que se utiliza, evidenciando que em relação ao serviço não é diferente. A linguagem surge e modela o comportamento haja vista os fatores considerados como essenciais e amplos no processo de cuidar individualizado e específico:

Tem vários usuários que dependem de uma alimentação via sonda nasogástrica ou gastrostomiaque ai, você tem que ter o suporte mesmo de fornecer esses alimentos industrializados. E4 - Nutricionista.

Trecho 6:

- Idoso quer carinho gente, idoso quer afeto, Sr. [...] vem aqui não é por causa do dente não é para conversar, aí eu falo assim como o senhor tá bonito hoje, hein? Mas que camisa chique! [...] ele passa tanto perfume que eu acho que vou morrer intoxicada de tanto perfume. R3 – Cirurgiã Dentista.

- O senhor está muito elegante! R2- Auxiliar de Saúde Bucal.

- [...] ele ía no dia da consulta, mas ele ia para conversar porque ficava sozinho então ele chegava lá na recepção e a gente conversava com ele. R1 -Auxiliar de Enfermagem.

Da mesma forma, comenta-se sobre uma das estratégias de ação que tem sido utilizada: o atendimento compartilhado². Este tipo de atendimento é realizado por uma equipe multiprofissional, inclui o usuário, na tentativa de encontrar a melhor maneira do cuidado para aquela pessoa, motivá-la, incentivá-la quanto às suas necessidades tratamento e continuidade dos cuidados. Mas não se comentou que repercussões esta modalidade traz enquanto benefício para o idoso, os depoimentos focam na ação, ou seja, no fazer, na experimentação desta estratégia para o cuidado ao idoso:

A gente teve uma série de pacientes idosos que a gente teve ações, atendimento compartilhado com o NASF , a gente teve discussão de projeto terapêutico. E1 - Gerente Adjunto/fisioterapeuta.

Eu faço um atendimento compartilhado a maioria das vezes é com o idoso, com pacientes crônicos e aí no mesmo ambiente eu tenho estudante de psicologia que faz esse trabalho junto comigo. R7 – Enfermeira.

A gente conta aqui com acadêmico [...] de fisioterapia, de psicologia e de fono [fonoaudiólogo]. E daí esses atendimentos compartilhados eles já são realizados aqui a bem mais tempo, desde julho de 2009. E3 – Gerente/médica.

Tem que ter é, um atendimento de multiprofissionais, essa que é a grande dificuldade. R10 – Médica de Família.

²É é um produto do processo de negociação com todos os envolvidos no cuidado, condição essencial para manter a aderência ao tratamento e a continuidade do cuidado (MALY et al, 2002).

A linguagem surge e modela o comportamento, também, criando espaços coletivos de cuidado, na visão desses respondentes em seu debate:

Tem o Lian Gong que pode participar. R1 - Auxiliar de Enfermagem.

[...] ações de grupo operativo [...] terceira idade no CRAS né? Eu tenho aqui grupo de Lian Gong [...], terapia comunitária [...] é uma forma que eles tem de interação social que o idoso tem e um grupo de dança que a gente faz na igreja que é de uma equipe saúde da família e o CRAS também oferece, além da academia da cidade. E5 - Gerente Local/enfermeiro.

O nível local traz à tona um *menu* de ofertas de atendimento que requerem maior reflexão no sentido que se elas trazem reais possibilidades de se efetivar os cuidados primários e longitudinais, uma vez que há o debate sobre predomínio do modelo médico centrado, as capacitações diretas para doenças crônicas, etc. Traz também, diversos aspectos que extrapolam a sua governabilidade, conforme o trecho ilustrativo de uma das entrevistas que foi bem enfático e depoimentos no grupo focal:

[...] a questão do medicamento que infelizmente a gente não tem como assegurar, né? O medicamento porque a gente ainda tem as faltas, aí eu não posso separar pra aquele idoso o medicamento porque eu tenho que atender, então assim, tem algumas coisas que a gente tem que avançar. E3 - Gerente Local/médica.

A gente percebe que às vezes a pessoa perde consulta especializada porque não tinha nem meio financeiro nem companhia, nem sabia onde que era. R6 - Auxiliar de enfermagem.

O acesso não só aqui, grande parte dos idosos que eu atendo, se ele vai para um outro serviço secundário ou um lazer ele depende de alguém a maioria não vai sozinho então isso já restringe o acesso da pessoa a outro serviço, atendimentos necessários porque a pessoa é dependente ou porque a pessoa não sabe ler ou porque não bem, porque não tem segurança e a grande demanda do idoso que eu percebo é o mal do século não só nessa faixa etária é a solidão. R7- Enfermeira.

Contudo, o nível local em suas diversas percepções tem estado atento e reflexivo com a incipiência do cuidado ao idoso a partir da APS e

seus importantes reflexos na qualidade de vida da pessoa idosa perante a segregação deste cuidado.

Enfim, *alcance da rede* é uma subcategoria que emergiu enquanto um conceito fundamentando-se em códigos que trouxeram especificações adicionais das formas de gerenciar o cuidado, sua capilaridade para a produção do cuidado e, sobretudo, sua abrangência.

QUADRO 14

O alcance da rede

- sendo a família parceira ou não.
- fazendo monitoramento por meio do ACS.
- tendo a vontade, mas que a gente não tem como de fato fazer, mas a gente se depara principalmente em RH.
- faltando informação por parte da pessoa idosa.
- falando da falta de informação do usuário sobre serviços de saúde e equipamentos sociais.
- a família do idoso detendo a informação.
- a população desconhecendo a saúde do idoso no SUS.
- tendo avançado muito na saúde do idoso.
- o idoso não explorando a rede de atenção.
- usuário não percebendo que o serviço de saúde vai além do atendimento do médico, do enfermeiro, do fisioterapeuta...
- esquecendo o nome do ambulatório do idoso.
- necessitando avançar perante as dificuldades com a dieta artesanal e a industrializada por não ter um fluxo.
- a rede melhorou demais com a teleconsultoria.

Os profissionais da APS levam em consideração os dispositivos existentes na rede para tentar alcançar o cuidado ao idoso, mas no sentido de superarem a ausência de fluxos, e não os exploram para um cuidado emergente, ou seja, ainda não institucionalizados.

São dois aspectos: primeiro é reintegrá-lo se ele não tiver integrado aqui a comunidade ou sociedade [...]. No outro aspecto a gente busca é outras redes de apoio então pode ser que eu

venha ofertar esse cuidado pelo cuidador do projeto maior cuidado, pode ser que eu vou envolver pela assistente social ou algum familiar, identificar algum potencial cuidador. E5 - Gerente local/enfermeiro.

[...] a alimentação artesanal que foi testada a nível de UFMG, [...] Nós não temos recursos para comprar, então a gente esbarra na secretaria com a alimentação industrializada[...]. Então esse mudar, esse entender pra dentro da família, existe sim a opção da alimentação artesanal[...]. O que fazem vão ao ministério público, ai pelo ministério público eles conseguem a dieta. E4 - Nutricionista/NASF.

Os profissionais aqui utilizam muito pouco o centro mais vida eu vejo que a grande maioria das questões eles resolvem aqui mesmo, a gente vê sempre no fórum tal da subutilização do geriatra. E1 - Gerente local/fisioterapeuta.

Isso ocorre enquanto atribuição dos atores da APS, mas pelas condições em que ela se encontra, a constante busca da co-responsabilização e a produção do cuidado específico para idoso e principalmente do frágil. Assim, a rede vai se estendendo do serviço, pessoa, família, comunidade, etc.

Quando a gente encaminha a gente faz um monitoramento através do ACS ou através de consultas esporádicas pra saber se ele tá sendo acompanhado, se ele conseguiu, se a gente encaminha pra algum exame específico. E3 - Gerente local/médica.

Eu estou falando por experiência, ela [a família] pode ser uma parceira ou não, eu acho que ela tem que ser muito bem orientada porque ela pode atrapalhar muito. R5 - Auxiliar de enfermagem.

Os profissionais da enfermagem, que geralmente estão na linha de frente dos UBS, para prestarem o cuidado, fazerem os procedimentos, procuram e precisam de informações anteriores. Alguns setores em que a enfermagem atua não são informatizados e os usuários têm a informação naquele. Um exemplo disso é a sala de vacinas. O registro com cópia do esquema vacinal só é feito para crianças até cinco anos de idade. Os demais ciclos de vida têm a informação em seus próprios cartões. Para o

idoso, a questão da informação ainda é mais complexa, conforme relatado:

Ele [o idoso] não tem acesso, às vezes, à documentação dele, às vezes, tá com a família e a gente pergunta e ele: não, não sei, não tem ideia e acaba sendo revacinado [...] e quando a gente pede para perguntar o filho para procurar, ele volta e no mês seguinte para tomar segunda dose com cartões de vacina é, ele já tinha sido vacinado. R1 – Auxiliar de enfermagem.

Agora eu noto que eles se preocupam mais do que os jovens, sempre pergunta por que está vacinando, pra quê, se ele pode ou não pode. R1 – Auxiliar de enfermagem.

As pessoas que cuidam dos idosos às vezes tem pouca informação sobre o que a rede pode oferecer para ela, além do serviço de saúde como eles entendem que é o médico, o enfermeiro, o fisioterapeuta aquela coisa assim. E1 - Gerente Adjunto/fisioterapeuta.

Assim, tecnologias que estão disponíveis para o idoso na atenção primária, nem sempre têm sua utilização maximizada em função da qualidade de vida tanto por porte de serviço, da família e de si mesmo.

5.5.5 Categoria 5: Construindo a rede para o cuidado ao idoso na Atenção Primária à Saúde

C*onstruindo a rede para o cuidado ao idoso em rede na APS* é uma categoria que trata do vivido e sentido pelos profissionais no cotidiano da APS. Para, além disso, apontam repercussões evidenciadas nas ações que conformam a rede de cuidados ao idoso a partir deste contexto, que são desenvolvidas enquanto “arranjos”, ou seja, modo operante para dar conta de algumas respostas considerando as dimensões do cuidado em rede.

Dão suporte a esta categoria as seguintes subcategorias:

- *Ficando o cuidado ao devir da assistência.*

- *Interagindo para a produção do cuidado em rede.*
- *Percebendo e avaliando a produção do cuidado em rede.*

DIAGRAMA 7: *Construindo a rede para o cuidado ao idoso em rede na Atenção Primária à Saúde.*



A subcategoria *ficando o cuidado a deriva* aborda significados que se expressam por si mesmos, refletindo uma realidade interpretada que decorre das atividades desenvolvidas para o cuidado ao idoso que muitas vezes se interrompem por seu próprio contexto. As falas dos profissionais evidenciam inúmeras inconsistências sejam elas de famílias, cuidadores, do próprio idoso e da rede sacrificando os cuidados. Somam-se, mais uma vez a recorrente fragmentação, as questões em termos da ausência de fluxos, falta de apoio institucional e a falta de tempo para avaliação do idoso, já mencionadas em categoria específica.

Os códigos que compuseram essa subcategoria estão listados no quadro de referencia a seguir.

QUADRO 15

Ficando o cuidado ao dever da assistência

- perdendo a coordenação da linha do cuidado.
- o cuidado ao idoso é difícil.
- necessitando de um cuidador.
- sendo o idoso abandonado nos contextos social, familiar e institucional.
- sendo o idoso saudável abandonado na APS.
- questionando se o cuidado ao idoso está sendo resolvido na APS.
- lembrando de não ter diferença entre cuidados ao idoso para o não idoso.
- esgotando os serviços da saúde bucal.
- tendo que atender em quinze minutos.
- pensando no processo de trabalho.
- administrando o tempo para o cuidado ao idoso.
- comprometendo o seu próprio por cuidado por conceitos arraigados.
- prescrevendo o comportamento família do idoso.
- enxergando a si mesmo quando fala do envelhecimento e do morrer.

De forma unânime os sujeitos, independente de suas formações, apontam alguns desses aspectos ligados às inconsistências que sacrificam o cuidado ou esgotam o seguimento ou o serviço necessário inexistente na rede e nem se tem parceiros e prestadores contratados para dar continuidade. A saúde bucal se depara com essa interrupção do cuidado:

A nossa rede não presta esse serviço [correção de deiscência gengival], que é um serviço altamente qualificado, altamente especializado e oneroso, tá? Então não temos para onde encaminhar esse paciente. R3 – Cirurgiã dentista.

A rede funciona até o nível secundário, daí para o nível terciário perde-se a coordenação da linha do cuidado ao idoso. E4 – Nutricionista.

Outro aspecto que chama atenção é a situação identificada de abandono do idoso declarada nos depoimentos que ultrapassa os recursos disponíveis na atenção primária, que também influenciam na coordenação da linha do cuidado, conforme relatado:

E também o abandono, muitas vezes você vê negligência o tempo inteiro, da alimentação, não tem aquela pessoa que vai cuidar, não aquela pessoa específica a maioria trabalha, deixa o idoso sozinho, tem essas dificuldades todas. E4 – Nutricionista.

O idoso saudável não é tão bem acompanhado, ele fica abandonado, não faz a prevenção, que devia fazer. Acaba que espera ele adoecer pra ter esse cuidado com ele. O que não devia deixar acontecer. E2 – Enfermeira.

Mas [a família] não assume o idoso, isso é muito comum o abandono do idoso pela família. [...] existe muito essa questão do abandono eu acho que com essa tendência do número de idosos aumentar o número de casos vão cada vez aumentando. R15 – Enfermeira.

Várias reflexões e questionamentos sobre a resolutividade do cuidado ao idoso vão sendo colocadas pelos sujeitos em diferentes momentos da coleta de dados:

A gente tinha generalista aqui que tinha a especialidade em geriatria então raramente ele ia encaminhar mesmo. Mas tem outros que não tem e mesmo assim ainda continua com o paciente. E1- Gerente Adjunto/fisioterapeuta.

Pois é, não sei se a gente tem feito isso [cuidados específicos], acho que não. Por isso não estou sabendo nem dizer quais estão sendo esses cuidados diferenciados, não. É o cuidado diferenciado, tem que ter esse cuidado, é uma questão que tem que se disciplinar mesmo com o idoso, porque são mais frágeis mesmo. E2 – Enfermeira.

Neste contexto de reflexões, também entra o tempo de atendimento se constituindo um desafio para o profissional avaliar as necessidades gerontogeriatricas no atendimento:

Então eu tenho que atender ele [idoso] em quinze minutos porque eu tenho que dá conta de todo mundo, é muito complicado. R10 – Médica de família.

[...] é muito é pouco, porque a gente tem que dividir o tempo dele [cuidador do projeto Maior Cuidado], são só quatro horas, tem que dividir o tempo com muitos idosos mas já dá uma ajuda. R15 – Enfermeira/CRAS.

Na verdade assim, a gente (gerente) nunca está envolvida diretamente como se dá cuidado ao paciente. E1 – Gerente local/fisioterapeuta.

A abordagem tanto ao idoso quanto ao cuidador familiar do idoso faz parte do cuidado, mas não é uma ação-interação de tranquila de se conduzir.

Mas o idoso já está em um momento que por mais que você tente mudar aquele quadro de saúde dele, ele já tem os conceitos firmados, fica mais difícil. E4 – Nutricionista.

E tem horas que eles dependem dessa outra pessoa, tem que tá com essa cabeça aberta pra assimilar bem e fazer. E4 – Nutricionista.

A família está sempre integrada no processo desde que bem orientada, porque, normalmente o que elas fazem é denuncia, porque não sei o que não foi lá, não chegou isso, ela tem que tá ali. Ela tem que ser uma colaboradora, mas bem orientada. R6 – Enfermeira.

O envelhecimento e as condições dos idosos que estão sendo atendidos pelas equipes de saúde da família e outros profissionais dos UBS acabam por provocar nos profissionais reflexões acerca do próprio envelhecimento e da morte:

Eu vejo assim que nós não estamos preparados nem para envelhecer e nem para morrer, né? Nós não somos, nós não somos preparados. R5 - Auxiliar de enfermagem.

A subcategoria *interagindo para produção do cuidado em rede a partir da APS* significa que o profissional em meio a tantos processos da APS passa a se preocupar com fazeres e saberes que por diversas vezes provocam as interações para a produção do cuidado.

Seguem os códigos que fundamentam essa subcategoria.

QUADRO 16

Interagindo para produção do cuidado em rede a partir da APS

- o cuidado ao idoso é integral, multidisciplinar.
- as áreas de cuidado ao idoso se relacionam.
- sendo avaliado inicialmente pela ESF.
- tendo continuidade do cuidado no CMV ou Centro de Saúde.
- preocupando aqui com o olhar multidisciplinar.
- tendo avaliação funcional.
- necessitando de equipe multiprofissional para o cuidado ao idoso, uma área interfere na outra.
- cuidando em fase terminal.
- a necessidade de um cuidador.
- acionando a familiar para o acompanhamento ao idoso.
- falando da velha história da não adesão ao tratamento.
- não aderindo ao tratamento.
- tendo retorno da minha capacidade.

Alguns depoimentos fundamentam este conceito de interação para produção do cuidado. Com a presença de idoso mais frequente no centro de saúde, vivendo mais e com mais fragilidades e a chegada de equipe multiprofissional, acabam por trazer uma nova dinâmica para a rotina cotidiana, colocando os profissionais em franco exercício de inovar para sobreviver na estratégia de saúde da família em que todos os ciclos de vida devem ser contemplados.

[...] senhor idoso já na fase terminal. E aí o generalista já está assim, achei bacana dele, porque ele já tá envolvendo os funcionários do NASF num debate, porque esse usuário ele usa uma sonda nasogástrica. E ao ver de alguns profissionais, deve tirar essa sonda e pôr a gastrotomia. E o parecer dele é o de não fazer essa substituição. Aí ele consulta a gente, consultou o fono, tá me consultando. E4 – Nutricionista.

É interessante que aparece nos depoimentos que nem todos os problemas de saúde ou situações são identificados por profissionais da equipe de saúde da família. A equipe do NASF, apesar de pouco tempo na saúde do município teve uma capilaridade importante na ponta, identificando problemas que as equipes ainda não tiveram condições de abordar, pois se tem consumido na interação com usuário na condição aguda.

A gente percebeu que a idosa não toma os medicamentos, a glicose tá alta. Ela aciona o centro de saúde e fala que você que não quer liberar o medicamento. Tem esse impasse difícil porque, aí, tem que envolver todo mundo mesmo, chama o assistente social, a psicóloga, a farmacêutica inclusive pra ver o que fazer com ela. É uma idosa que está sozinha, precisa de alguém e não tá interessada, como é que você faz? E4 – Nutricionista.

Isso de acordo com a avaliação da equipe para aquilo que ele está precisando naquele momento, isso em relação a parte assistencial. E1 - Gerente Adjunto/fisioterapeuta.

A subcategoria *percebendo e avaliando a produção do cuidado na perspectiva de rede* é entendida aqui como a ação primordial do profissional no cotidiano da APS.

Alguns códigos que respaldam esta subcategoria encontram-se a seguir:

QUADRO 17

Percebendo e avaliando a produção do cuidado na perspectiva de rede

- a rede ainda precisa avançar.
 - melhorando a qualidade de vida do usuário.
 - APS melhorou muito em algumas áreas, tipo a fisioterapia.
 - tendo olhar interdisciplinar.
 - tendo olhar ampliado para a pessoa idosa.
 - sendo raríssimos os locais onde se atendia o idoso.
 - tendo hoje um ambulatório de geriatria interligado com APS.
 - tendo melhorado muito os fluxos de encaminhamento.
 - tendo antigamente que pedir quase pelo amor de Deus para encaminhar para
-

ambulatório de geriatria.

- fazendo estudos específicos em alguns locais.
- discutindo casos no matriciamento da ESF

Relembrando o passado pode-se comparar com o avanço da rede hoje:

[...] nos últimos anos aqui na prefeitura, eu acho que tem sido mais organizado. [...] até pouco tempo atrás pra gente encaminhar um idoso pra um geriatra, era humanamente impossível na PBH. [...] a gente tinha que pedir quase pelo amor de Deus, eram raríssimos os locais onde se atendia e quando o idoso ia a gente perdia por completo o acompanhamento, esse idoso voltava pra gente sem relatório de nada. E3 - Gerente Local/médica.

No planejamento de ações os profissionais atentam para que todas as bases da organização estejam em condições de o idoso receber a melhor assistência possível. Assim, eles levam em conta materiais e insumos, recursos humanos, a infra-estrutura, dentre outros.

O que a gente ainda tem dificuldade é pra conseguir consulta na cardiologia, a primeira consulta nem tão difícil o problema é o retorno. E3 - Gerente/médica.

Levando esse caso para discussão na equipe multidisciplinar que é o NASF que eu tenho aqui hoje eu articulo com o CRAS que é o Centro de Referência a Assistência Social aqui do Centro de Saúde que vem também dá esse suporte. E5 - Gerente/enfermeiro.

Eu acho que melhorou demais, principalmente na área da fisioterapia tem conseguido os materiais né, um andador, uma bengala, esses equipamentos tem conseguido sim. A gente percebe que a qualidade de vida deles melhorou muito, muito mesmo. E4 - Nutricionista.

Mesmo com avaliação positiva de ampliação de olhares, de serviços e de categorias profissionais na APS nos últimos anos, implementando matriciamento para as equipes de saúde da família, necessidade de educação permanente, os depoimentos a seguir evidenciam o desafio da integralidade do cuidado ao idoso e suas especificidades:

A gente percebeu que a idosa não toma os medicamentos, a glicose tá alta. Ela aciona o centro de saúde e fala que você que não quer liberar o medicamento. Tem esse impasse difícil porque, aí, tem que envolver todo mundo mesmo, chama o assistente social, a psicóloga, a farmacêutica inclusive pra ver o que fazer com ela. É uma idosa que está sozinha, precisa de alguém e não tá interessada, como é que você faz? E4 – Nutricionista.

E por mais que a gente tente criar espaços até então a gente não teve uma boa adesão. R7- Enfermeira.

Aí ele trouxe textos, mandou por e-mail pra gente ler, pra gente levar na reunião que a gente faz, matricial né, reunião mensal, pra debater esses casos. Então é a educação permanente necessária. E4 – Nutricionista.

Em alguns aspectos constatam-se pontos de interconexão das redes, constituindo um avanço nestas relações interserviços.

Hoje não, hoje existe um ambulatório que é interligado e toda vez que o paciente é atendido lá a gente recebe por e-mail o que foi feito, como que é etc, etc, etc. E3 – Gerente Local/médica.

Tem certa dificuldade para exames complementares, a gente tem muita dificuldade para determinados exames, eu acho que melhorou muito. E3 – Gerente Local/médica.

Com toda essas atividades na APS sejam elas de caráter direto ou indireto, os profissionais entrevistados apontaram conceitos básicos que subsidiaram a proposta de ações focadas em princípios deflagradores de cuidados, quer sejam, quando da existência de uma situação ou problema de saúde. E esses profissionais irão debater e propor ações de cuidado de acordo com a necessidade e surgimento das demandas.

Capítulo VI

❧

6 Compreendendo a conexão/interconexão das categorias

Neste capítulo, conforme os pressupostos da TFD, será apresentada a interconexão das categorias fundamentadas nos domínios constantes da linguagem da saúde coletiva, APS, PSF, quais sejam: rede de atenção à saúde (RAS), fluxo, relações profissionais, gestão, inclusão e cuidado.

Serão apresentadas todas as cinco categorias originárias dos cinco domínios identificados no material empírico. Neste sentido, considerando a base metodológica utilizada, o processo de categorização abrangeu todo o material coletado, os quais foram igualmente tratados.

Mediante a redução máxima do processo de codificação, os elementos constituintes do *modelo condicional/consequencial* proposto por Strauss e Corbin (2008) foram identificados de modo a viabilizar construção. Assim, todo o processo de aproximação do modelo teórico fundamentou-se na reanálise das categorias, no processo de comparação e ordenamento das informações (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A ideia central permeada pelas categorias encontradas é o que conduziu esta pesquisa à aproximação do *modelo* de uma rede de atenção à saúde com foco no cuidado ao idoso mediante a interconexão das diversas categorias que foram identificadas.

Ao buscar a compreensão de como esta rede de atenção é operada para o cuidado ao idoso na ótica da APS, verificou-se que ela se mostra dinâmica, mutante. Há necessidade de se criar e recriar fluxos integradores que atendam aos aspectos relacionados à saúde do idoso, que demanda assistência específica inclusive do ponto de vista da funcionalidade. Os achados demonstram que o foco do cuidado vem se deslocando aos poucos do modelo centrado na doença para o que se

chama de clínica ampliada, que tem como principal característica a inclusão cada vez maior de uma visão de funcionalidade, considerando a pessoa, a família, a comunidade, o território e a equipe multiprofissional. Outro ponto importante destacado é que a enfermagem, estando no enfrentamento diário da demanda, vai se consolidando como ponto central da rede articuladora do momento inicial do atendimento, a qual dispara todo o processo de atendimento (às vezes de forma mais superficial).

Assim, as outras categorias profissionais funcionam de forma periférica, mas são de grande importância por aprofundarem nos aspectos assistenciais, dando continuidade à interligação das possibilidades da rede de atenção.

A partir de nossa interação com o campo de estudo, interação com os sujeitos e a persistente busca do modelo de rede de atenção para o cuidado ao idoso, a descoberta do fenômeno central foi permeada por questionamentos durante todo o processo de análise: qual o significado de rede de atenção para o cuidado ao idoso para os profissionais da APS? Que rede é essa que está sendo articulada para assistir o idoso na atenção primária? Como é essa linha do cuidado ao idoso? Por que enfrentamentos os profissionais passam para garantir o cuidado ao idoso? Como é ser um agente que participa da operacionalização da rede? Como é estar ocupando uma posição de operador da rede de cuidados à pessoa idosa?

Verificou-se que em cada uma destas etapas da análise, que quando se trata de idosos, o profissional da APS preocupa-se não apenas com o cuidado em si ou sua pactuação. Preocupa-se também com outros atores, havendo ou não fluxos, contrafluxos, e algumas ações se aproximam e se estabelecem para o cuidado ao idoso de forma mais ampliada, ou seja, a saúde do idoso provoca interações de saberes também. Assim, o agir dos profissionais de saúde cria uma dinâmica de interação com a rede, que em alguns momentos dificulta as conexões esperadas para processos de cuidado, ou seja, há poderes que definem a dinâmica de rede.

Mediante o estabelecimento de uma rede de conversações que articulam os serviços e os próprios profissionais, as limitações na

realidade vivida vão sendo, de alguma forma, minimizadas em relação a esse cuidado multidimensional e longitudinal na descoberta de caminhos não contemplados em fluxogramas.

No constante processo de comparação e circularidade que se estabeleceu, percebemos pontos recorrentes nas falas dos sujeitos que possibilitaram, primeiramente, que fossem delineados alguns domínios – rede de atenção, fluxo de rede, interações profissionais, inclusão do cuidado e cuidado ao idoso –, os quais nos conduziram ao fenômeno central: *A Rede de Atenção à Saúde desenvolvida para o cuidado à pessoa idosa na Atenção Primária*. A construção de um modelo teórico não é tarefa fácil, pois a conexão e a interconexão das categorias vão sofrendo sucessivas revisões na procura do ponto no qual elas se encontram e até mesmo se misturam e se potencializam, isto é, validam-se. A seguir, será apresentada a síntese operativa, conforme o quadro de referência, que ilustra a conexão/interconexão das categorias deste estudo.

QUADRO 18

A conexão/interconexão das categorias

Codificação Aberta (Identificação de categorias)	Codificação Axial (Domínios)	Codificação seletiva Categorias (Modelo teórico)
Elementos/ situações que possibilitam o surgimento do fenômeno	1 - CONDIÇÃO CAUSAL: <i>rede de atenção</i>	Operando a rede de cuidados ao idoso na APS.
Ideia central para a qual as estratégias de ação-interação estão relacionadas	2- FENÔMENO CENTRAL: <i>cuidado em rede</i>	A Rede de Atenção à Saúde desenvolvida para o cuidado à pessoa idosa na Atenção Primária
Especificidade que envolve o fenômeno e o que condiciona a ação/ interação	2 –CONTEXTO: <i>fluxos da rede</i>	Discutindo o contexto de atendimento ao idoso, percebendo barreiras e facilidades do cuidado.

<p>Constituídas pelo tempo, espaço, cultura, situação econômica e tecnológica, história, biografia pessoal, dentre outros apontando as condições estruturais que se apoiam nas estratégias e que pertencem ao fenômeno.</p>	<p>4 - CONDIÇÕES INTERVENIENTES: <i>interações profissionais</i></p>	<p>Refletindo sobre as interações profissionais no contexto de cuidados ao idoso.</p>
<p>Identificadas com o caráter processual (sequências, movimento, mudanças, entre outros), com um propósito, uma finalidade, sendo importantes também as não-ações.</p>	<p>5 - ESTRATÉGIAS DE AÇÃO/ INTERAÇÃO: <i>gestão do cuidado</i></p>	<p>Tentando incluir o cuidado ao idoso na APS.</p>
<p>São identificadas como os resultados ou expectativas da ação-interação em relação a um determinado fenômeno, resultado/ resposta, positiva ou negativa.</p>	<p>6 - CONSEQUÊNCIAS: <i>cuidado ao idoso</i></p>	<p>Construindo a rede para o cuidado ao idoso na Atenção Primária à Saúde.</p>

Adaptado de Dantas, 2008.

O referencial teórico metodológico fundamentou a base da análise dos vários conceitos os quais facilitaram a elaboração dos blocos de construção rumo ao modelo teórico. Uma vez identificado o fenômeno central, o referencial metodológico orienta quanto à realização de questionamentos, de modo a abstrair e delinear todo o arcabouço de relações entre as categorias. Dessa maneira, as categorias encontradas consistiram nas etapas da experiência dos profissionais e sua vivência na APS, tendo como foco o cuidado ao idoso na perspectiva de rede de atenção. Esta identificação ordenou as categorias subsidiárias da categoria central, assumindo a teoria construída num ordenamento a partir das bases que denotam a *causa* que levou ao *fenômeno central*, que surgiu num *contexto*, que tem *condições*, que levaram a *estratégias de ações* e que depois, levaram a *consequências*.

6.1 Operando a rede de cuidados ao idoso na APS

Esta concepção dos sujeitos reúne os elementos do desenvolvimento da rede para o cuidado ao idoso como o entendimento dos profissionais sobre rede, a interação entre eles e a organização do atendimento.

O conceito de rede de atenção para o cuidado ao idoso é definido pela análise daquilo que os profissionais veem como rede e como a interpretam. É através da interação simbólica que atribuímos os significados e desenvolvemos a realidade na qual somos os atores, ou seja, agimos. O conceito de rede abstraído neste estudo demonstra uma concepção de rede factível e tangível. A rede de atenção por si só apresenta-se como uma rede hierarquizada com serviços de atenção à saúde seguindo um fluxo de complexidade que pode ser entendido pela densidade tecnológica presente em cada nível, seguindo a perspectiva de economia de escala³.

A articulação da rede de cuidados na APS demonstra uma rede simbólica de tentativas de interligar ações que desencadeiam cuidados e, de forma mais refinada, que estabelece a linha do cuidado. Isto quer dizer que, no caso da Saúde do Idoso, há uma responsabilidade pelo cuidado direto ao idoso e pela coordenação da linha do cuidado no caso de a pessoa ser encaminhada para outros níveis de atenção ou serviços. Dispara-se um movimento que aponta para as interações interprofissionais, intergestores e interserviços. Por sua vez, estes transpõem a rede hierarquizada por meio de uma rede de conversações

³As economias de escala referem-se a uma situação em que os custos médios de longo prazo caem com o crescimento da escala ou do volume de atividades, sendo o esse período suficientemente longo para permitir que todos os insumos sejam variáveis (ALETRAS; JONES; SHELDON, 1997).

também simbólica e integradora de ações, de profissionais e de serviços no *setting* de suas governabilidades. Por fim, agregando a APS, a família, o cuidador e a própria rede de atenção à saúde e a de suporte social, vista como parceira para o cuidado ao idoso.

Comunicação: ponto central da rede é um processo interacional construído simbolicamente na perspectiva de que o cuidado é específico e envolve processos de comunicação entre profissionais e intersectorialidade. Ademais, para que o profissional da APS inicie a construção do seu universo de ação para o cuidado, ele precisa resgatar a comunicação, o ponto central da rede de conversações que irá promover a integração da rede de atenção.

É a partir da integração de ser e estar operando a rede que o cuidado vai se concretizando e demandando a sua articulação. Nessa perspectiva, a rede de atenção para o cuidado ao idoso tem a interação de seus elementos, sobretudo, pela conversação, conforme símbolos percebidos e identificados de acordo com as concepções de seus agentes, e não necessariamente dos serviços.

O significado de ser/estar operando a rede de cuidados ao idoso na APS refere-se às interações que vão se estabelecendo a partir da demanda que impõe o atendimento. Neste sentido, a imposição da demanda significa a não preparação da APS em relação às demandas espontânea e programada e seu distanciamento dos pressupostos da RAS, uma vez que a lógica se apresenta evidentemente invertida, agravada por determinações de leis, portarias e outros.

Os profissionais da saúde da família e das equipes matriciais são os principais operadores da rede de atenção da APS. Para que possam estabelecer as ações assistenciais de suas competências, sejam elas o cuidado direto ou a coordenação da linha do cuidado ao idoso, os idosos ou suas famílias, na maioria das vezes, são quem busca o atendimento no acolhimento, e não pela demanda programada.

Neste sentido, a relação do idoso com a APS marca um dos pontos relevantes para desencadear a construção de símbolos e de significados

referentes à vivência do profissional que configura o fenômeno da rede de atenção ao idoso e que acontece em um dado contexto.

6.2 Discutindo o contexto de atendimento ao idoso, percebendo barreiras e facilidades do cuidado

Este contexto é a especificidade que envolve o fenômeno e que condiciona a ação e a interação a partir da concepção de rede para o cuidado.

O idoso *chegando ao centro de saúde* nas primeiras horas do dia, entra na demanda espontânea a partir do acolhimento, demandando cuidados à desordem de sua saúde e qualidade de vida, quase sempre precisando de avaliação médica. Este formato de atendimento foi se configurando para garantir atendimento prioritário aos idosos na APS. No entanto, garantir atendimento prioritário aos idosos, uma população que vem aumentando, depende do acesso a vários recursos, de bom senso para que o cuidado se estabeleça na perspectiva de rede, visando à qualidade de vida deste idoso. Como esta e outras instituições ainda não têm a magnitude desta determinação e sua repercussão na APS, isso tem sido tomado como direito universal pela população idosa e serviços simplesmente pelo critério etário, dificultando a organização do atendimento como um todo.

Experimentando estratégias para o cuidado ao idoso na APS refere-se a ações ou propostas que se consolidam enquanto experimentações de cuidado à medida que o cuidado ao idoso é cogitado como novo. De forma paradigmática, foram apontadas ações e propostas de ações inovadoras como alternativas para dar linha à demanda. Surge, nesta perspectiva, um cardápio variado de estratégias além da consulta médica, mas que, ao mesmo tempo, relata-se quão forte é o modelo medicalizado. O profissional desenvolve e vivencia o atendimento ao idoso nessa porta de

entrada do sistema de saúde, com barreiras e facilidades para este cuidado.

A demanda é soberana impondo o atendimento ao idoso é uma concepção que remete à forma como tem funcionado o atendimento ao idoso na rede de atenção e quão sufocante é a imposição da demanda. Para atender às reais operações da rede, os profissionais na APS têm se relacionado de modo a possibilitar cuidado ao idoso, mas, ao mesmo tempo, estão na rede como operadores dela, isto é, eles são a própria rede que dispara todo o processo assistencial, o que possibilita a sua ação profissional e podendo convergir para as ações de cuidado.

Nessa perspectiva, o cuidado à pessoa idosa na APS pode ser definido como uma novidade na assistência, concebido no universo de símbolos e construído a partir da chegada do idoso na APS.

6.3 Refletindo sobre as interações profissionais no contexto da rede de cuidados ao idoso

As interações relacionam-se com os aspectos estruturantes do fenômeno, que se apresentam como ligações que vão caracterizando o fenômeno no tempo e no espaço.

A saúde do idoso na visão dos profissionais da APS é mais uma das importantes questões que aprofundam e ampliam a compreensão da ideia de que ninguém vive só, de que a todo tempo interagimos uns com os outros. A interação é da natureza da vida humana, ou seja, faz parte da conduta do ser humano, estando a vida grupal ligada a paradigmas de interações que envolvem relações de poder, relações hierarquizadas entre saberes, hierarquização de condutas e hierarquização da rede de atenção à saúde. A definição dos limites dessas relações é complexa, porque a visão, a interação com o meio, acaba por provocar sentimentos em relação à experiência vivida e por consolidar um modo de agir.

Sentindo menos valia é outra questão que surge a partir desta discussão e que permeia as interações, o agir e as atitudes. Este sentimento, associado à visão do profissional, parece delinear um cenário caracterizado por sentimentos de impotência, de não ação, de não decisão sobre o cuidado, em que impera o modelo medicalizado, prescritivo e a rigidez de fluxos, reforçando a agudização do sistema fragmentado. Reforça também o distanciamento de pensamentos de gestão, os quais reforçam a medicalização, que, por sua vez, vinculada a uma postura gerencial diretiva, provoca a prática cotidiana contrastante com o modelo da APS. O cuidado acaba, assim, por permanecer centrado no foco curativo de assistência à saúde. Tanto na APS quanto na gestão, mesmo com o avanço das ofertas de ações e serviços, não se tem uma noção real da performance dos profissionais e dos gestores sobre o trabalho vivo em ato para o cuidado ao idoso. Trata-se de contextos condicionados por subjetividades em que se produz um cuidado que não é mensurado de forma objetiva. Não se trata de ignorar, com isso, os indicadores duros de morbidade, mortalidade e taxas, mas precisamos avançar para a perspectiva de indicadores de qualidade, como, por exemplo, de qualidade de vida da população, influência do modelo e das ações, qualidade de vida no trabalho, ou seja, prazer e sofrimento no trabalho.

A interação da enfermagem com a rede a partir do cuidado ao idoso diz respeito ao modo de agir dos enfermeiros. Fundamentado em sua visão de mundo, esse modo de agir apresenta-se numa inter-relação com os aspectos históricos da profissão, numa avaliação crítica de seu fazer, ao mesmo tempo que tem um fazer reconhecido em seu contexto, dada a natureza generalista da profissão. Em alguns espaços da atenção primária, o enfermeiro se destaca, na visão de outros profissionais, como o profissional da linha frente e prescritor do cuidado, aquele que direciona a demanda, tendo um objeto definido de intervenção.

Dessa forma, pode-se falarem um paradoxo nas interações que incluem poderes, saberes e afetos num determinado território. A interação da enfermagem com a rede a partir do cuidado ao idoso marca um

território de diferentes paradigmas e dissensos no campo das relações que estabelecem entre si e com os vários atores da APS, numa rede complexa, móvel, mutante, com estabilidade temporal suficiente para constituir uma determinada realidade condicionada.

6.4 Tentando incluir o cuidado ao idoso na APS

A redução máxima, que foi *tentando incluir o cuidado ao idoso na APS*, é uma discussão sobre a concretude das possibilidades de conexão formal, regular e regulamentada da rede na tentativa de estabelecer a linha do cuidado ou sua coordenação. Trata-se de uma questão que envolve, sobretudo, as dimensões organizacional, sistêmica e societária do cuidado. Este bloco de construção refere-se, também, ao campo da micropolítica representado em suas subcategorias.

Buscando estratégias para o cuidado ao idoso refere-se ao encontro privado entre profissionais e usuários e/ou família, protegidos de qualquer olhar externo de controle, incluindo competência técnica do profissional, ética, a maneira como se mobiliza para responder às necessidades dos usuários e a capacidade de construir vínculos com quem precisa de cuidados técnicos e profissionais.

Tentando acertar traduz a dimensão organizacional do cuidado e, mais uma vez, marcou a APS enquanto um território de diferenças e dissensos no que tange ao processo de trabalho, às atividades de coordenação e comunicação, além da função gerencial. Assim, também este conceito se apresenta de maneira indissociável das categorias que apontam as interações, visão do cuidado, articulação de rede, o próprio conceito de rede de atenção e até de avaliação dos serviços e ações de cuidado na rede.

O alcance da rede é um conceito mais forte em suas dimensões do que nas propriedades. As dimensões focam nas dificuldades suscitadas pela ausência de alguns fluxos na rede, evoca o avanço da rede nos últimos tempos. Já as propriedades estão fortemente relacionadas à dimensão familiar do cuidado, a qual é indissociável da dimensão individual do cuidado, sendo esta a potencialidade para fazer a vida andar na sua forma mais plena. Na perspectiva do idoso, esse “andar a vida” pode depender da dimensão familiar do cuidado realizado no mundo da vida, e não no mundo dos serviços, e ter como principais atores as pessoas da família ou rede de suporte social. Assim, o vínculo dos profissionais com o familiar, e vice-versa, facilita o cuidado que de certa forma traz algumas “respostas” e amplia a rede para um cuidado longitudinal. Esse aspecto é imprescindível, pois a família, além de ser de suma importância para o idoso, integra e apoia o cuidado, tornando-se parceira da equipe. Dessa forma, o alcance da rede é permeado de muitos conflitos e contradições, tendo em vista a complexidade das interações necessárias para se efetivar o cuidado em outros contextos e exigindo conexões com redes parceiras dos serviços de saúde.

A multidimensionalidade do cuidado ao idoso, nesta perspectiva, vai além da responsabilidade do profissional de saúde, da equipe do centro de saúde, sendo essa responsabilidade também da família, da comunidade e do Estado, mas tendo sempre o sistema de saúde como referência, com um vínculo firmado em algum momento da assistência com a rede e com os profissionais e/ou coordenadores da linha do cuidado.

6.5 Construindo a rede para o cuidado ao idoso na APS

Com base nos elementos inerentes ao fenômeno emergente apresentado anteriormente, é importante realizar os seguintes questionamentos: quais são os resultados do processo que envolve o

cuidado ao idoso na APS? Quais são as consequências provenientes dessa construção? As respostas a tais questionamentos emergem da categoria *Construindo a rede para o cuidado ao idoso na APS*.

Ficando o cuidado ao devir da assistência é uma que significa que o cuidado às vezes se perde na assistência perante idiossincrasias, tais como: inexistência de certos fluxos e serviços para casos mais específicos e vitais para o idoso, falta de qualificação profissional para abordagem gerontogeriatrica, entre outras da rede. Admite-se o comprometimento da qualidade de vida do idoso e o arquivamento da coordenação da linha do cuidado, fazendo com que o cuidado possível funcione uma espécie de paliativo, pelo limite da rede.

Interagindo para a produção do cuidado em rede é uma expressão que, de certa forma, pode parecer redundante. Mais uma vez, a interação se apresenta como peça fundamental para a produção do cuidado na perspectiva de rede. As ações do tipo: cuidar em fase terminal, avaliar funcionalidade, encaminhamentos, dentre outras passam a mobilizar os profissionais da APS a partir da intensificação da presença da população idosa nas UBS e da presença da equipe multiprofissional no incremento da assistência.

Percebendo e avaliando a produção do cuidado em rede: esta expressão, de caráter cartesiano, mas que leva em conta a subjetividade do cuidado, faz referência ao olhar atento do profissional perante a produção do cuidado e remete a todas as dimensões desse cuidado. Assim, as ações para o cuidado ao idoso vão tomando espaço neste contexto e se expandindo à medida que os próprios profissionais evocam o antes e o agora, percebendo que a rede como um todo avançou ao longo do tempo. Salienta-se que, no que concerne à gestão do cuidado e suas dimensões, foi enfatizado algo que valoriza o coordenar, o planejar, o supervisionar e o avaliar da produção do cuidado.

Por fim, o retorno a todas as fases da análise acarretou várias aproximações pertinentes do fenômeno, provocou alguns possíveis aprofundamentos com a codificação seletiva e várias revisões da

categorização axial, deslocando a visão desta pesquisa. Entende-se que a integração da rede é complexa e se dá em um processo contínuo, móvel e mutante que vem ocorrendo de forma temporal em determinado contexto. Strauss e Corbin (2008) dizem que “observar a teoria se desenvolvendo é um processo fascinante e não acontece da noite para o dia”. Sabendo que dentro dessa interação está o formato analítico, o qual inclui não apenas quem o analisa, mas a evolução do pensamento que ocorre com o tempo, pela imersão nos dados e pelo acúmulo de resultados que foram registrados em memorandos e diagramas. Portanto, a integração é um trabalho árduo (STRAUSS; CORBIN, 2008). Será apresentado, a seguir, o diagrama representativo do fenômeno, a categoria central.

6.6 A Rede de Atenção à Saúde desenvolvida para o cuidado à pessoa idosa na Atenção Primária

O fenômeno central é a categoria, nomeada como categoria central pela TFD, que identifica o fenômeno da pesquisa e se fundamentou a partir dos conceitos emergidos das cinco categorias principais apresentadas anteriormente.

Assim, mediante a interconexão das categorias e em consonância com o Modelo Teórico proposto, apresenta-se a seguinte tese: Os profissionais da atenção primária constroem, para cuidar do idoso, uma rede relativa às suas interações, num contexto marcado por facilidades e barreiras.

Assim, recordamos o início deste capítulo quando mencionamos que a enfermagem, estando na linha de frente da APS, vai se localizando como ponto central da rede, na porta de entrada, articulando o atendimento (1) que dispara todo o processo de atendimento (2), num contexto onde as outras categorias profissionais são periféricas no arranjo do atendimento até ele se estabelecer e aprofundar nos aspectos

assistenciais (3) em que coexistem barreiras e facilidades, as condições para intervir (4), quais estratégias de intervenção-ações de cuidado (5) para se estabelecer o cuidado ao idoso, tendo uma rede de amparo (6). A partir disso, o cuidado vai se engrenando e sendo direcionado de acordo com a realidade, consequências e resultados.

O diagrama a seguir ilustra o fenômeno central com as suas respectivas categorias que modelaram a teoria da qual aproximamos. Por sua vez, em conformidade com os aportes teórico e metodológico adotados, traz a perspectiva de sustentabilidade da tese que defendemos neste estudo, que emergiu num cenário social de experiências vividas pelos profissionais que têm se dedicado à atenção primária à saúde.

DIAGRAMA 8: A Rede de Atenção à Saúde desenvolvida para o cuidado à pessoa idosa na Atenção Primária



Capítulo VII



7 DISCUTINDO O FENÔMENO CENTRAL

Ao término provisório desta construção, entendida como uma aproximação do modelo teórico que se intitulou “A Rede de Atenção à Saúde desenvolvida para o cuidado à pessoa idosa na Atenção Primária”, conforme os pressupostos da TFD, avançamos para mais uma etapa, qual seja a de se estabelecer uma discussão com autores no âmbito da temática do cuidado ao idoso na APS. Este capítulo, então, se propõe a dialogar com referências que se dedicam ao debate sobre rede de atenção à saúde, cuidado em saúde e ao idoso, que estão intimamente relacionados a outros temas, tais como atenção primária, humanização e política pública do idoso.

A TFD mostrou que a teoria se dá a partir da voz do contexto dos sujeitos: a política como processo (COLEBACTCH, 2004) e o trabalhador como formulador de política pública (LIPZKY, 1998), formulando a política em sua prática. Dessa forma, a metodologia escolhida possibilitou que se alcançassem conceituações que apenas a análise de um fluxograma de atendimento da rede de atenção não nos permitia compreender. Neste sentido, comparou-se o fluxograma à elaboração dos diagramas na TFD. O que está implícito é o que precisa ser explicado, o que ainda se encontra não dito, para que a rede seja mais bem compreendida e, conseqüentemente, melhor operacionalizada, e para que o cuidado ao idoso seja mais equitativo, universalizado e equânime entre as UBS, seus profissionais e os níveis de gestão.

Realizou-se uma reflexão referente ao modelo construído, na perspectiva espaço-temporal, que se fundamentou nas categorias e subcategorias, e estas nos diversos temas secundários. Assim, o *corpus* de conhecimento reunido nos aportes temático e conceitual se pretende

explicativo do agir dos profissionais de saúde em cenários de cuidado à saúde, no que concerne ao estabelecimento de redes de atenção para o cuidado à pessoa idosa.

Propiciar a contextualização do processo de desenvolvimento da rede para o cuidado ao idoso requer o entendimento de que o sucesso ou insucesso decorre de um processo relacional, histórico, no contexto do SUS, e atual entre enfermeiro (linha de frente), paciente (aquele que chega), médico (referência da ESF), equipe multiprofissional (os demais profissionais de equipes matriciais, NASF, saúde bucal), profissionais de nível médio e gerentes em constante movimento de articulação e contínuas adaptações.

Dessa forma, a análise dos dados possibilitou identificar que rede de atenção para o cuidado ao idoso é processual, móvel, mutante e caracterizada por interações profissionais e dos serviços. Propomos, então, abrir uma discussão a partir de uma distinção básica: entender fluxo de atendimento como recurso de rede para orientar ações a serviço das pessoas, o que não é o mesmo que entendê-lo enquanto processo de ação coletiva, onde o capital social o supera.

Lourenço *et al.* (2005) discutem sobre o sistema de saúde, que não está estruturado para atender à demanda crescente de idosos que consomem mais dos serviços de saúde, além de chegarem para atendimento em um estado avançado de necessidades e demandas.

Esse processo geralmente inicia-se pelo não reconhecimento do cuidado ao idoso na sua singularidade, mas por uma lógica biológica bastante questionada para a atenção primária. O óbice ainda está na abordagem médica tradicional, focada em uma queixa principal. O hábito de reunir todos os sintomas e sinais em um único diagnóstico certamente não se aplica aos idosos, que geralmente apresentam doenças crônicas e múltiplas (VERAS, 2008).

É importante lembrar que, considerando-se a integralidade, a capacidade funcional deve ser sempre levada em conta, principalmente quando se trata desse segmento populacional.

Segundo Mendes (2008), o monitoramento da capacidade funcional dos idosos são repostas às condições crônicas e vão muito além das doenças crônicas, as quais têm destaque no atendimento da APS. Lourenço *et al.* (2005) afirmam que é necessário formular novas concepções de assistência à saúde da população idosa e que os clássicos modelos de promoção, prevenção, assistência e reabilitação não podem ser mecanicamente transportados para grupos de indivíduos idosos.

O envelhecimento saudável somente se tornará uma realidade para os idosos brasileiros quando a aplicação intensiva dos métodos já existentes de promoção, tratamento e reabilitação da saúde passar a favorecer uma parcela da população muito maior do que a que hoje deles se beneficia (CHAIMOWICZ, 2009).

É imprescindível refletir sobre a necessidade de algumas adaptações importantes e significativas serem realizadas, não só nos serviços ofertados, mas na postura da gestão ao propor esta oferta para a APS, retratada em fluxos de atendimento, sem considerar a demanda, o capital social, sua performance na tentativa de provocar mudanças na prática cotidiana. Este comentário respalda-se nas palavras de Santos-Filho e Barros (2007) e Santos-Filho (2011), quando afirmam que o trabalho, de acordo com a política de humanização, deveria ser planejado e desenvolvido de forma a integrar equipes multiprofissionais. Esta dissociação entre planejamento e desenvolvimento de ações é um exemplo de característica do cuidado ao idoso que encontra respaldo na contradição entre o que está preconizado em diretrizes institucionais e o que é possível realizar na prática.

A denominada "avaliação funcional" do idoso nem sempre acontece nos atendimentos, mas é essencial para o estabelecimento de um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários a esses pacientes (BRASIL, 2007).

Estes aspectos são importantes na medida em que interferem diretamente na avaliação de saúde da pessoa idosa do ponto de vista da

funcionalidade, muito além da demanda e da oferta de serviços, o que tem sido questionado de acordo com as proposituras das RAS. As limitações dos profissionais no atendimento inicial ao idoso são de certa forma, expansoras da rede para o cuidado por trazer a perspectiva interdisciplinar e intersetorial. Provocam a interação multiprofissional e deflagram a interdependência dos serviços, sendo esta mesma rede orientada para o atendimento das condições agudas. Há destaque no atendimento na APS para o idoso com alguma patologia, mais especificamente a doença crônica.

Assim, comenta Mendes (2008) que há uma crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde, refletindo no sistema de atenção à saúde que se volta para responder às condições agudas. A causa fundamental da crise dos sistemas de saúde contemporâneos, segundo a OPAS (2011), reside na discrepância entre os seus fatores contextuais e internos. Os sistemas de saúde movem-se numa relação dialética entre fatores contextuais como: envelhecimento da população, transição epidemiológica, avanços científicos e incorporação tecnológica. Já os fatores internos movem-se como: cultura organizacional, recursos, sistemas de incentivos, estrutura organizacional, sistemas de financiamento e estilo de liderança e de gestão (OPAS, 2011). Se isso não está dando certo nos países desenvolvidos, também não dará certo no Brasil. Mesmo assim, os achados evidenciam que, na assistência ao idoso na APS, este modelo é prevalente (MENDES, 2008).

O envelhecimento e a saúde da pessoa idosa requerem cuidados de caráter longitudinal, constituindo-se em condição crônica. Logo, o sistema de atenção à saúde, seus profissionais e a APS não darão conta de dar respostas adequadas para o cuidado ao idoso, perante inversão das lógicas dos serviços de atenção à saúde, debatidos por Mendes (2008) e discutidos por Lebrão e Duarte (2003), apontando para a necessidade de qualificação dos sistemas de saúde (SILVA; JUNIOR, 2008).

Na tentativa de compreender a experiência vivida pelos profissionais na APS, um dos aspectos significativos encontrados foi que esses

profissionais buscam articular a rede de atenção para o estabelecimento do cuidado ao idoso que atenda às suas demandas, inicialmente. Quando o idoso chega à UBS, na maioria das vezes, entra-se em contato com a ponta do *iceberg*, pois não basta resolver a queixa; são as necessidades de saúde que devem ser identificadas com vistas à melhoria ou manutenção da qualidade de vida. Muitas vezes é neste momento que o profissional se depara com as diferenças e dissensos da rede, conflitos e contradições da família e de cuidadores informais que refletem no cuidado ao idoso e envolvem a rede de suporte social.

Lima e Rivera (2010) aludem ao fato de que a diversidade dos processos de atenção à saúde, o seu caráter transversal e o amplo número de atores e serviços envolvidos exigem uma estrutura em rede para dar conta da coordenação das interdependências e, assim, garantir a integralidade, seguindo a linha do cuidado. Segundo Deleuze e Guatari (1995) é necessário tematizar as práticas em saúde a partir de um “paradigma rizomático”, isto é, que rompe com a hierarquização típica do “paradigma arborescente”. No rizoma, são múltiplas as possibilidades de conexões, aproximações, cortes, percepções, concepção que suscita a discussão da transversalidade (DELUZE; GUATARI, 1995).

Transversalidade é, então, segundo Barros, Santos Filho e Gomes (2012), um grau de cobertura comunicacional que, dependendo de maior ou menor contato com as condições de produção das práticas em saúde, pode desencadear um processo que opera por aumentos no grau de transversalidade.

Embora os profissionais refiram à falta de fluxos, à deficiência de comunicação e à fragmentação dos serviços, eles sinalizam que essa rede avançou nos últimos tempos em aspectos como: facilidade de agendamento de consultas no setor de geriatria; ampliação da equipe com a implementação do NASF; mudança no processo de trabalho da odontologia com a implementação da equipe de saúde bucal; prontuário eletrônico; utilização de e-mail para contrarreferência da APS; e serviço de referência em geriatria, parceiro como fluxo de comunicação. Estes

aspectos evidenciam um avanço no fluxo de atendimento e evolução da rede SUS-BH.

A constituição da rede nos serviços de saúde exige uma intrincada trama de interações entre os responsáveis pela organização do sistema (gestores), os responsáveis pela organização e produção dos serviços (gerentes e profissionais) e os cidadãos (LIMA; RIVERA, 2010). Apesar de neste processo estarem envolvidas as instituições e seus projetos, são sempre as pessoas que se articulam, realizam conexões e constroem vínculos que permitem o funcionamento do sistema (FEUERWERKER, 2000; ROVERE, 2008). Dessa forma, as vagas para a consulta especializada simbolizam um dos pontos da rede de atenção que vai sendo estruturalmente construída com mecanismos reguladores de fluxos dos serviços, mas passa também pela integralidade da saúde do idoso e pela mudança nos modos de interação entre os atores envolvidos (LIMA; RIVERA, 2010).

Há processos intensos de comunicação como mecanismo regulador de fluxo, sendo a interação ancorada na linguagem. Segundo Lima e Rivera (2010) a comunicação é o componente central da coordenação, a qual é necessária para a linha do cuidado ao idoso. É nesse contexto que ocorre, geralmente, o primeiro contato entre idosos e profissionais para o atendimento que congrega facilidades e barreiras ao cuidado considerando o envelhecimento e a saúde da pessoa idosa enquanto especificidades de pouco domínio na APS, ainda. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) reforça esta assertiva afirmando que o maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível, ou seja, objetivar à integralidade.

O cuidado ao idoso e os idosos na APS passam a ser percebidos nas UBS, sendo este talvez o real reflexo do fenômeno do envelhecimento, dando essa visibilidade. No entanto, a maioria das pessoas idosas nos países em desenvolvimento, como o Brasil, não tem acesso a sistemas de

saúde adequados às suas necessidades (VERAS; CALDAS, 2008). Segundo Veras (2009), um dos resultados dessa dinâmica é a maior procura dos idosos por serviços de saúde, internações hospitalares mais frequentes, tempo de ocupação de leito maior do que em outras faixas etárias, traduzindo o envelhecimento populacional em maior carga de doenças na população, mais incapacidades e aumento do uso dos serviços de saúde.

A rede para o cuidado à pessoa idosa, de acordo com Santos e Andrade (2008) é influenciada por questões sanitárias que estão longe de serem resolvidas, têm grande complexidade e exigem o debate sobre situações como a inovação tecnológica e farmacológica, o envelhecimento da população, a violência, entre outros.

A linha do cuidado que, segundo Braga (2006), é um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de questões cruciais que, de forma oportuna, articulada e contínua pelo sistema de saúde, será influenciado pela conjuntura sanitária, dificultando a implementação e a qualificação das redes de atenção à saúde, visando à integralidade, mas, caso não seja prioridade das instâncias governamentais, não será tomada como prioridade e pouco poderá se avançar neste campo. Ressalta-se que o Brasil tem uma legislação bastante recente para as redes de atenção, em vigor desde dezembro de 2010.

A APS enquanto componente da rede, segundo Santos e Andrade (2008), continuará precisando de orientação em relação à sua função como porta de entrada do sistema de saúde, bem como de ordenar o acesso por cronologia e risco; ofertar atendimento adequado às necessidades do usuário; racionalizar a oferta de serviços e a incorporação de tecnologias; definir linhas de cuidado; integrar os sistemas de informação; evitar repetição de exames e de anamnese; permitir ao profissional o acesso a prontuários e exames do usuário informatizados e integrados; permitir o monitoramento do paciente para evitar complicações, quando for o caso; ter em mente a hierarquia dos serviços e organizar referências e contrarreferências, de acordo com uma

inteligência epidemiológica; oferecer educação sanitária ao usuário e a outros atores, para que criem eficiência, resolubilidade dos serviços, melhoria da qualidade e coíbam a duplicidade dos meios para o mesmo fim.

Saberes, tecnologias e recursos somam-se às interações profissionais num contínuo construir e reconstruir de uma rede, reportando às relações de poder e responsabilidades advindas historicamente do modelo biomédico, num contexto rico em singularidades.

Cecílio (2011) compartilha desse pensamento quando discute que o cuidado na perspectiva "individual" é agenciado por um conjunto de forças, vetores e condições concretas de vida a depender da inserção de cada pessoa nos circuitos de produção e de consumo de determinada sociedade. O autor considera um determinado momento histórico, sendo que escapar das determinações sociais mais amplas se traduziria na conquista, em maior ou menor medida, de graus ampliados de autonomia, de processos de cuidar de si, de viver a vida de forma mais plena, conquistas válidas tanto para profissionais quanto para usuários.

Na saúde a rede está constituída como organização hierarquizada, que coloca as relações profissionais em níveis horizontais (os pares) e verticais (os cargos). Uma contingência nos serviços de saúde é que as relações foram hierarquizadas e colocam alguns como pensantes e outros como operantes, e as relações são instituídas com certas distâncias, com determinados espaços conferindo determinados poderes. De acordo com as formulações de Deleuze (2005), o poder não é essencialmente repressivo, pois ele incita, suscita, produz; ele se exerce antes de se possuir, pois só se possui sob uma forma determinável (classe) e determinada (Estado); e passa tanto pelos dominados quanto pelos dominantes.

Refletindo sobre conhecimento, saberes, habilidades e recursos da rede, conforme Franco e Merhy (2003) o que altera são as relações das

tecnologias⁴ existentes no núcleo tecnológico do cuidado, caracterizado por mudanças no modo de fazer saúde, impactando no processo de trabalho, ou seja, nas relações. Essa transição é compreendida como um processo de construção social, política, cultural, subjetiva e tecnologicamente determinada. Assim, devemos configurar esse processo como novos sentidos das práticas assistenciais, tendo como consequência o impacto nos resultados a serem obtidos, por intermédio dos usuários e na resolução de seus problemas (MERHY; FRANCO, 2003).

É importante ressaltar que, como esta discussão trata do modelo assistencial, Franco e Merhy (1999) discorreram sobre este tema caracterizando-o como “produtor de procedimentos”, visto que a produção de serviços se dá a partir da clínica exercida pelo médico, o qual utiliza principalmente as tecnologias duras⁵ e leve-duras⁶. A Estratégia de Saúde da Família, ao resumir sua ação à vigilância da saúde, com tímida incursão na clínica, não teve potência para reverter esta configuração do modelo médico. A opção para esta estratégia no país foi uma aposta no enfretamento do modelo biomédico hegemônico, propondo que se reorganizasse a atenção básica a partir dos anos 1990. Mais recentemente, em 2010, o Ministério da Saúde estabeleceu outras diretrizes para reorientação dos serviços de saúde como as redes de atenção à saúde, apontando o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, o que demonstra a fragilidade do sistema refletindo nas interações profissionais e dos serviços, ou seja, ações agindo sobre as próprias ações.

Segundo Almeida e Mishima (2001), o movimento na direção de construir, conceitualmente e na prática concreta dos serviços, o trabalho em equipe não tem sido um esforço exclusivo da Saúde da Família.

⁴Tecnologia - compreende o saber (conhecimento científico, ciência), o fazer (prática, conhecimento prático, habilidade, destreza manual) e é entrelaçada por aspectos comunicacionais, sociais, biológicos, espirituais, emocionais, intuitivos e culturais (MEIER; CIANCIARULLO, 2002).

⁵Tecnologia dura - é caracterizada como dura que é a inscrita nos instrumentos, estruturadas para elaborar certos produtos em saúde (MERHY; FRANCO, 2003).

⁶Tecnologia leve-dura - refere-se à aplicação de conhecimentos e saberes constituídos e ao modo singular como cada profissional aplica este conhecimento para produzir o cuidado (MERHY; FRANCO, 2003).

Entretanto, a revisão do papel do médico como central e hegemônico na equipe de saúde, que pode se desdobrar em valorações hierárquicas e desigualdades sociais entre os trabalhos dos agentes é imperativa.

As mesmas autoras compreendem que a Saúde da Família pode se abrir para além de um trabalho técnico hierarquizado, para um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilitando maior autonomia e criatividade dos agentes e, conseqüentemente, maior integração da equipe. Este é um dos grandes desafios que se colocam para as equipes de Saúde da Família, sendo que, se esta integração não ocorrer, corre-se o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos. Para a construção do projeto de saúde da família é necessário que a equipe construa um projeto comum, e, para tal, que os trabalhos especializados de cada profissional se complementem e os agentes possam construir uma ação de interação dos trabalhadores entre si, bem como entre esses e os usuários (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

Essa característica recorrente de fragmentação tem sido ressaltada incisivamente, revelando a sua permanência ou acentuação, apesar das diretrizes propostas para os novos modelos assistenciais em saúde, sobretudo embasados no que deveria ser um trabalho planejado e desenvolvido de modo integrado em equipes multiprofissionais e gestores (SANTOS-FILHO; BARROS, 2007; SANTOS-FILHO, 2011).

Assim, a discussão sobre o trabalho, enfatizando as características de sua organização no modo de produção capitalista, acena para o entendimento de sua repercussão nas condições de vida, saúde e adoecimento do trabalhador. Os pressupostos de Marx aludem à ideia de que o capitalismo modifica a relação do homem com a natureza, e que o trabalho como atividade criadora passa a se constituir como meio do processo de valorização / produção de mais valia (MARX, 1988). Neste

estudo, contudo, emergiu a expressão do *sentimento de menos valia*, apontado como impotência e/ou o sofrimento no trabalho.

No campo da saúde, como em outros processos de trabalho, objetiva-se à produção, levando em conta a história do usuário e suas necessidades particulares. Isso põe em destaque a concepção de serviço no sentido de uma prática que se modela permanentemente para atender a singularidades, numa adequação constante ao particular, às características das pessoas e ao seu contexto de problemas e demandas, o que traduz com grande exatidão o cotidiano da APS e da equipe de saúde da família. Assim, salienta-se que o serviço de saúde nunca resulta de uma aplicação de regras gerais, nem de um processo de trabalho genérico, mas que pressupõe uma aplicação de conhecimentos (variadas técnicas e tecnologias) ao particular, numa situação de inter-relação na qual o usuário fornece alguns valores de uso e participa ativamente do processo (NOGUEIRA, 2000).

Nesta lógica, o enfermeiro, estando na “linha de frente” da organização da assistência na APS, realiza ações para atender à demanda do idoso que chega ao centro de saúde e constantemente convive com as singularidades. Klock *et al.* (2007) afirmam que o cuidado, nas suas mais variadas formas, deve ser considerado a mola propulsora no sistema de produção de serviços na Enfermagem, mesmo que apreendido na sua forma visível / invisível, concreta / abstrata, dinâmica / estática, singular / plural, frágil / forte e/ou navegando num claro / escuro, de certeza / incerteza. Diante dessa proposição e diferentemente da ideia assistencialista, o enfermeiro, ao realizar seu trabalho, busca articular o cuidado por meio de várias ações que às vezes chegam a ser simultâneas e inespecíficas.

Entretanto, dentre as diversas atividades que permeiam o fazer do enfermeiro, destacam-se, além das atividades assistenciais, as administrativas, sendo ambas integrantes de um mesmo todo (RODRIGUES; LIMA, 2004). O enfermeiro, na APS, na estratégia de saúde da família, como é em Belo Horizonte, é o responsável pelo gerenciamento

do trabalho da enfermagem, sendo de sua responsabilidade garantir a qualidade da assistência prestada pelos auxiliares e técnicos de enfermagem. Na APS, com a saúde da família, o profissional de enfermagem passou a ocupar, além da supervisão, uma posição de articulação das ações desenvolvidas pelos trabalhadores da saúde, estando na linha de frente, tanto no que tange aos recursos humanos de enfermagem, como aos procedimentos voltados para o diagnóstico e tratamento.

Estudos como os de Rossi (2003) e de Gustavo (2005) afirmam que os profissionais têm dificuldade de visualizar a gestão como parte do cuidado, colocando em xeque a identidade profissional do enfermeiro. Muito se deve ao crescimento do trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem, cujas funções desempenhadas no âmbito do cuidado direto têm realizado, em situações emergenciais, ações que caberiam ao enfermeiro, já que ele normalmente é um profissional sobrecarregado e intensamente requisitado pela instituição (DANTAS, 2008).

É importante ressaltar ainda que o enfermeiro deve buscar ser sempre um profissional crítico, capaz de aprender em um mundo em constante transformação e de construir sua história, um profissional que aprenda fazendo e que busque a transformação do conhecimento (CIAMPONE; KURCGANT, 2004). O enfermeiro deve ser, ainda, um profissional que aproveite a oportunidade para aprender cada vez mais sobre a saúde do idoso, que poderá assumir o primeiro lugar no ranking das necessidades de cuidado em curto prazo. Assim, é oportuno que o enfermeiro da APS repense criticamente a sua formação profissional neste contexto em transformação, buscando aprofundar seus conhecimentos acerca do cuidado gerontogeriátrico e expandir o conhecimento em saúde da pessoa idosa, uma necessidade emergente do cuidado

Como visto, muitas são as estratégias para se realizar o cuidado e a gestão do cuidado traçado em cena social, mas o gerenciamento dos serviços de saúde parece ser o ponto-chave. Se não houver esta

compreensão e se não se apreender o significado de redes de atenção, é grande a possibilidade de se continuar a sustentar a fragmentação. Assim, é imprescindível a abordagem de questões voltadas ao processo de formação. Para Cecílio (2006), é preciso que as instituições profissionalizem os gerentes/gestores a partir de três diretrizes: oferecendo remuneração compatível e compensadora, qualificando-os e exigindo tempo disponível para o exercício da função. Essa consciência crítica permeia desejos e anseios dos enfermeiros e outros profissionais da APS. Quaisquer estratégias empregadas no âmbito da gestão de cuidados deve torná-lo mais eficaz e contemplar aspectos que promovam um cuidado planejado, individualizado, humanizado (DANTAS, 2008), ao mesmo tempo que contemple a pessoa idosa no seus aspectos biopsicossociais.

Merhy (2006), fortalecendo esta discussão e focando em pressupostos de rede, comenta que a instituição de saúde deveria ser vista como uma trama de agentes que teriam certas intencionalidades nas suas ações e que disputariam naquela arena o sentido global de sua "missão". Aqueles agentes atuariam fazendo uma mistura, nem sempre muito evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo mais público formado pela presença conjunta dos agentes, suas intervenções e interações.

Dessa maneira, é imprescindível compreender as relações interpessoais e grupais no trabalho, com vistas a repensar as relações de cunho apenas pessoal, que muitas vezes predominam (URBANETTO; CAPELLA, 2004,) entre os agentes na APS para encaminhar as necessidades de acordo com os diversos formatos do cuidado a partir de cada saber.

Buscando modos de possibilitar o cuidado, apreendido de várias formas, conforme comentado, o cuidado gerontogeriatrico na APS e na saúde da família toma um caráter generalista e instrumental baseado em técnicas e procedimentos, não tendo visibilidade da sua especificidade. Contudo, traz a perspectiva de suas múltiplas interações que emergem

e/ou se consolidam nos microespaços do dia a dia. A efetivação do cuidado de enfermagem e, equitativamente, o cuidado gerontogeriatrico, como produto de múltiplas interações humanas e sociais, requer, *a priori*, a formação de profissionais cidadãos, capazes de atuar intencionalmente sobre as diferentes dimensões constituintes da natureza humana, ou seja, nas dimensões sociocultural, afetiva, cognitiva e biofisiológica (ERDMANN, 1996).

Dizer da constituição de rede de atenção para o cuidado ao idoso implica incluir os aspectos culturais, sociais, políticos, econômicos e tecnológicos, ou seja, o avanço pretendido. Neste sentido, alguns enfermeiros gradativamente se aproximam do cuidado específico ao idoso. Por outro lado, também se afastam deste cuidado direto quando não há avaliação para um diagnóstico de cuidados, rastreio de funcionalidade por meio de instrumentos específicos, proposta de um plano de cuidados ou um profissional de referência na coordenação da linha do cuidado, que faça seu monitoramento.

Isto se dá, em parte, porque se observa um número elevado de atividades que não colocam o enfermeiro no cuidado direto ao usuário. Pesquisadores como Rossi (2003) e Alves (1999) afirmam que, entre as causas do afastamento do enfermeiro destas atividades, encontra-se a insuficiência numérica destes profissionais nas instituições e até mesmo a resistência do enfermeiro em executar algumas atividades do cuidado direto tidas como ações técnicas de baixa complexidade, mais apropriadas para os técnicos e auxiliares de enfermagem.

Os enfermeiros da APS têm grande responsabilidade na educação em saúde, autocuidado e prevenção de agravos. Na Saúde Pública, a tradição de educação em saúde torna o enfermeiro um componente-chave para a qualidade do cuidado (OERMANN, 2000). Entretanto, a competência técnica, intelectual e interpessoal é necessária, bem como o planejamento correto de intervenções e, conseqüentemente, os resultados esperados (LUNNEY, 2007).

O diagnóstico de enfermagem, como base para as intervenções, é um passo essencial para o processo de trabalho da enfermagem e um ponto crucial para prover um cuidado de qualidade (FLORIN, 2005), sendo perfeitamente aplicável para a enfermagem de APS. É importante que se dê uma transição da enfermagem, que deve agora realizar seu trabalho com foco no cuidado gerontogeriátrico. O cuidado oferecido aos idosos portadores de múltiplas condições crônicas de saúde, poli-incapacidades ou necessidades complexas é frequentemente fragmentado, ineficiente, ineficaz e descontínuo, o que faz com que se agrave mais ainda a sua condição de saúde (BOULT; WIELAND, 2010).

A enfermagem, neste sentido, se encontra perante uma enorme possibilidade de imersão no campo da gerontologia e geriatria, cujo cuidado muitas vezes sobrepõe à clínica na lógica do custo-benefício.

Mudanças em um futuro próximo são recomendáveis, segundo Chaimowicz (2009), principalmente as medidas direcionadas à manutenção e à recuperação da independência funcional, que revolucionarão os modelos de cuidado, criando um paradigma que enfatize a reabilitação do idoso e a integração das ações públicas com os mecanismos de suporte familiar.

Outras questões que repercutem no afastamento do enfermeiro do âmbito do cuidar estão relacionadas ao fato de que são atribuídas a ele diversas responsabilidades, que envolvem a esfera institucional, educacional e social. Para Almeida e Mishima (2001), este movimento passa a exigir um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos. Há carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos que possam imediatamente responder ao desafio de estabelecer um plano de ação que se volte para um "olhar vigilante e uma ação cuidadora" e que sejam sustentados por uma atuação multiprofissional e iluminados por uma construção interdisciplinar, com responsabilidade integral sobre a população adscrita, sendo esta compreendida como parceira da equipe de saúde.

Contudo, observou-se a organização da porta de entrada, que vem cada vez mais reforçando o acolhimento às condições agudas com a implementação da classificação de risco, consolidada de forma equivocada pela população, o que tem causado desconforto entre os profissionais. A diferença entre RAS baseada na APS e rede de urgência e emergência está no papel da APS. Na rede de atenção às condições crônicas ela funciona como centro de comunicação, mas na Rede de atenção às urgências e emergências ela é um dos pontos de atenção, sem cumprir o papel de coordenação dos fluxos e contra fluxos dessa Rede (BRASIL, 2010). Dessa forma, vem se concretizando uma desordem nas ações de cuidado que tem levado a uma mudança de característica da APS, contrapondo sua organização com base nos pressupostos das RAS. Este cenário atual se caracteriza por contradições e dissensos, criando um clima organizacional de angústias e realizações prazerosas e desprazerosas para os operadores da rede na APS.

O atual contexto não impede que se articulem pontos da rede de atenção com suas inconsistências. Mas, às vezes, aponta para a ampliação e, ao mesmo tempo, deflagra sua fragmentação e esgotamento das ações de cuidado disparadas na APS, levando a pensar que a abordagem pode ser integral, mas a integralidade do cuidado é inalcançável.

Para Franco e Magalhães Junior (2003), garantir a integralidade é necessário para operar mudanças na produção do cuidado, a partir da rede básica, da secundária, da atenção à urgência e de todos os outros níveis de atenção, incluindo a polêmica atenção hospitalar. Acrescentar-se-ia nesta afirmativa que as mudanças a se operarem nos dias de hoje envolvem principalmente um olhar para a formação da gestão, a preparação dos gestores, o investimento na educação permanente do trabalhador e a conscientização da população acerca do autocuidado, na perspectiva do autocuidado apoiado. Isso quer dizer a busca do desenvolvimento do sentimento de autoeficácia do paciente, através de sessões predefinidas de orientação sistematizada sobre o manejo das suas condições crônicas de saúde. O paciente aprende a refinar, aperfeiçoar e

implementar seu plano de ação, através de esquemas e lembretes capazes de facilitar a mudança de hábitos alimentares, higiene do sono, atividade física, uso de medicamentos, suspensão do álcool e do fumo, assim como o automonitoramento das metas terapêuticas (BOYD *et al.*, 2007a; 2007b).

Numa outra vertente, o cuidado ao idoso na APS tem sido organizado com base no território adscrito, tendo sido esta uma prerrogativa da Estratégia de Saúde da Família que já precisa ser repensada do ponto de vista do incremento acelerado desta população com capacidade funcional a ser avaliada e que apresenta pluripatologias. O grande gargalo e, portanto, o grande desafio do sistema de saúde consiste na ampliação do número de idosos e na maior utilização do sistema de saúde, consequências do maior tempo de vida e das múltiplas patologias crônicas (SCHOENI, 2004; VERAS, 2003; VERAS *et al.*, 2008).

As estratégias de ação / interação neste contexto se fundamentam de maneira formal, regular e regulamentada. Na soma com as tantas ações assistenciais pontuais, como o cuidado nas condições agudas ou outras sobre as quais discorrem Cecílio e Merhy (2003), dá-se uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Várias estratégias permeiam este contexto e são identificadas em suas características de ações, sendo importantes também as não ações. Com base no senso comum, vários conceitos e vários critérios para o atendimento ao idoso na APS são apontados a partir da orientação institucional – “atendimento prioritário” – e da estratégia “atendimento compartilhado”, que é um produto do processo de negociação com todos os envolvidos no cuidado e condição essencial para manter a aderência ao tratamento e a continuidade do cuidado (MALY *et al.*, 2002). Ambos os

tipos de atendimento constituem estratégias para inclusão do idoso no sistema de saúde, que não deixa de ser uma forma de cuidar. Por outro lado, aparecem as lacunas na atenção ao idoso por parte da instituição e da família, das necessidades de capacitação, do processo de trabalho envolvendo agendas e protocolos para o idoso, além do prontuário eletrônico, que deveria promover um avanço para a integralidade do cuidado à pessoa idosa.

A partir de disso, assinalou-se, sucintamente, a referência às metodologias de trabalho adotadas na APS. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) abre a discussão sobre todas as metodologias de padronização citando protocolos, fluxograma, bem como cadeias de cuidado e acreditação, as quais tentam transportar para os serviços e sistemas de saúde a lógica da linha de produção, ao mesmo tempo que se percebe uma postura humanizadora. A proposta das RAS segue esta metodologia de padronizações, mais instrumental, e a PNH tem uma tendência mais dialógica, envolvendo coletivos, tentando formar sujeitos. Assim, consideram-se inevitáveis a fragmentação no trabalho clínico decorrente da multiplicação de especialidades e de profissões de saúde e a integração se fazendo mediante a constituição de documentos que descreveriam o percurso devido a cada doença ou problema de saúde. Em cada etapa do processo, haveria um profissional responsável, o coordenador da linha do cuidado. A transição de uma etapa a outra ocorreria mediante sistemas de regulação, ou de referência e contrarreferência, definidos em protocolos (BRASIL, 2006).

A APS incorporou partes dessas metodologias, e, para o cuidado, é preconizada a adoção de linhas do cuidado ou sua coordenação, ou seja, a macrogestão da clínica. Isto é, trata-se do provimento de tecnologias de saúde de acordo as necessidades singulares do indivíduo com o objetivo de se restabelecer o seu bem-estar para que possa seguir com sua vida (MENDES, 2011). Para o idoso, entenda-se bem-estar como capacidade funcional, que, quando preservada, é sinônimo de saúde.

A gestão do cuidado em saúde envolve o campo da micropolítica, caracterizado pelo encontro privado entre o profissional e o usuário, que ocupam um espaço físico, social e político-institucional. A tentativa de se acertar o cuidado na rede diz respeito ao movimento para sua qualificação o quanto possível por meio de metodologias conhecidas, criadas ou recriadas. Esta perspectiva tem ressonância nos vários debates que a literatura traz sobre modelo assistencial e com as propostas de prevenção, promoção da saúde e reabilitação.

Aspecto importante mencionado por Veras (2009) é que a prevenção é efetiva em qualquer momento, mesmo nas fases mais tardias da vida. Portanto, a ênfase na prevenção é a chave para se mudar o quadro atual. Nessa perspectiva, o trabalho em equipe na saúde da família requer a compreensão das várias disciplinas para lidar com a complexidade característica da atenção primária e do cuidado ao idoso, os quais tomam a saúde no seu contexto pessoal, familiar e social, trazendo a intersetorialidade como parceira na resolutividade dos problemas de saúde (ALMEIDA; MISHIMA, 2001). Da mesma forma, readaptando os clássicos modelos de promoção da saúde e prevenção e reabilitação, é possível trazer inovações na gestão do cuidado ao “novo” cliente, a pessoa idosa. Políticas de promoção e prevenção de saúde têm provado efetividade em todo o mundo, e os estudos internacionais mais recentes confirmam estas tendências e apontam para uma redução na disfuncionalidade entre os idosos (SCHOENI, 2005).

De acordo com Lima-Costa e Veras (2003), os fatos e as evidências apontam urgência de mudanças no cuidado à população idosa, em que os modelos vigentes se mostram ineficientes e de alto custo. Assim, tornam-se necessários novos métodos de planejamento e gerência, pois a prestação dos cuidados reclama estruturas criativas e inovadoras, com propostas de ações diferenciadas, de modo que o sistema ganhe eficiência e o idoso possa usufruir integralmente dos anos proporcionados pelo avanço da ciência.

Perante essas discussões, refletindo sobre o alcance da rede, percebe-se sua complexidade e a necessidade de arranjos que facilitem avançar com o cuidado ao idoso e explorar os serviços e parceiros necessários, mas ainda não institucionalizados. O alcance da rede é permeado por muitos conflitos e contradições, tendo em vista a complexidade das interações necessárias para se efetivar o cuidado em outros contextos que ultrapassam a saúde, sendo necessárias redes parceiras, o que envolve a intersectorialidade, que tem sido uma aposta da equipe de saúde da família e do serviço social.

Na gestão do cuidado ao idoso, portanto, entende-se a necessidade de rede como uma tentativa de responder às demandas, além de competência, habilidades e ética. A consequência deste processo é a construção de uma rede para cuidados ao idoso na APS, congregando as respostas positivas ou negativas e expectativas da ação-interação em relação à produção do cuidado.

Por fim, *A Rede de Atenção à Saúde desenvolvida para o cuidado à pessoa idosa na Atenção Primária* apresenta-se como a expressão da experiência vivida dos profissionais de saúde da APS na rede de atenção para um cuidado ainda em construção. Este evidencia que os profissionais interagem entre si mediante a superação de um fluxograma institucional, no sentido de dar algumas respostas e ter como consequência de seu trabalho o cuidado ao idoso com menor ou maior grau de integralidade, num contexto de facilidades e barreiras institucionais.

Capítulo VIII



8 Considerações finais

8.1 Validando o modelo teórico da tese

O processo de validação da compreensão do modelo teórico que emergiu nesta tese intitulada: *A rede de atenção à saúde para o cuidado à pessoa idosa na atenção primária: um modelo teórico* tem como objetivo primordial apurar o grau de refinamento da teoria, bem como a pertinência das categorias que o originou.

Para a validação do modelo teórico foram convidadas cinco profissionais da APS, dos quais obteve-se o aceite. Procedeu-se o agendamento em comum acordo, o dia, a hora e o local para realização da validação, estando presentes na reunião: a pesquisadora e duas das convidadas. O encontro foi organizado didaticamente em cinco etapas de modo a facilitar o processo de validação, conforme descritos, a seguir:

a) Primeira etapa:

Iniciou-se a reunião solicitando a gravação do encontro desde seu início, o que foi permitido pelas participantes. Na sequência foram introduzidas as questões relativas à validação, os objetivos, os preceitos éticos e os agradecimentos às participantes.

b) Segunda etapa:

Mediante o aceite, procedeu-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE IV), para participação, o preenchimento de um formulário de caracterização deste Grupo Amostral C. Seguidamente houve uma apresentação oral de cada uma das

participantes conforme o Roteiro de Validação (APENDICE – IV). Algumas características das participantes conferiram validade ao modelo construído, encontra-se no quadro a seguir:

Tabela 4

Grupo Amostral C

Grupo de validação da compreensão do Modelo Teórico da Tese

	Característica	Total de ocorrência Grupo Amostral C
1. Sexo	Masc	0
	Fem	2
2. Formação profissional	Enfermagem	
	Fisioterapeuta	
3. Área de atuação	APS/ ESF	1
	APS/ Gerência adjunta	1
	Local	
4. Tempo de atuação profissional (em anos)	1 a 4	1
	6 e mais	1
5. Cargo ocupado na Instituição	Técnico Superior de Saúde/Enfermeira do PSF	1
	Técnico Superior de Saúde/Gerente adjunta de UBS	1
6. Número de vínculo empregatício (especificar)	Serviço público	1
	Serviço público	1
7. Titulação	Especialista/ Educação em Saúde e Saúde da Família	1
	Mestrado/ Reabilitação/Saúde do Idoso	1
8. Experiência com a	Não possui/Não conhece	2

TFD

Os profissionais que participaram do grupo de validação pertencem ao sexo feminino. Em relação ao tempo de atuação na APS ambas possuem experiência prática compreendida entre 5 a 10 anos. Seus vínculos empregatícios são de dedicação exclusiva ao serviço público. Em termos de suas titulações, ambas são especialistas e outra delas tem mestrado. As participantes não tinham conhecimento do método utilizado nessa pesquisa.

Sexo feminino, 10 anos de atuação na enfermagem. Possui apenas um vínculo empregatício na Secretaria Municipal de Saúde Belo Horizonte, como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família.

Sexo feminino, um ano de atuação na fisioterapia na área de reabilitação em hospital, um ano na reabilitação de APS, dois anos e meio no Centro de Reabilitação SUS-BH. Atuou durante dois anos na fase de implantação do NASF no município de Belo Horizonte e há mais ou menos três anos e meio atua como gerente adjunta de Centros de Saúde. Possui apenas um vínculo. Fez especialização em neurociência e comportamento, mestrado na área em ciências da reabilitação com ênfase em saúde do idoso.

Foi necessário apresentar os pressupostos da TFD, assim como entregar às participantes um *kit* contendo material impresso, papel e caneta para anotarem, escreverem ou desenharem algo durante o acompanhamento da apresentação da tese e facilitar o processo de validação.

c) Terceira etapa

Constou da apresentação da tese: contextualização, problemática e justificativa, objetivos, questões norteadoras, referencial teórico-metodológico e resultados. Optou-se por enfatizar a descrição das categorias, alguns códigos e depoimentos que subsidiaram sua construção e que levaram ao modelo teórico.

d) Quarta etapa:

Marcada com a intensificação das discussões que já estavam ocorrendo durante a apresentação. O processo de validação decorreu em aproximadamente três horas. As participantes desenvolveram um debate bastante produtivo o que levou ao fortalecimento da saturação, outrossim, movimento circular dos dados e, conseqüentemente, validação do modelo teórico.

Cada uma manifestou seu vivido ante a exposição de experiências em seu cotidiano na APS que enriqueceram a discussão num diálogo complementar. As exemplificações reforçaram o modelo teórico exposto no formato de diagrama e aludiram para as categorias e fenômenos emergidos.

Na sequência iniciaram-se as considerações sobre a construção do modelo teórico, pontuando cada aspecto de seus elementos constituintes. Nesse momento, foi solicitado ao grupo de validação que manifestasse sua compreensão a respeito dos fenômenos e das categorias. Tentou-se proporcionar um clima amistoso com as participantes, deixando-as bem à vontade para criticar cada categoria, subcategoria e fenômeno surgidos.

Finalmente, solicitou-se às participantes que expressassem seu ponto de vista a respeito do desenvolvimento do modelo e as possíveis contribuições que esse evidenciava para retratar a rede de atenção para o cuidado ao idoso na APS. Cada colocação foi atentamente ouvida, no sentido de que se confirmar ou não o modelo apresentado.

Assim, as considerações a despeito do modelo foram somadas à descrição da teoria proporcionando maior clareza, densidade e profundidade. A riqueza das contribuições confirmou os achados da pesquisa. As categorias componentes do modelo teórico desta tese expressam de forma clara, objetiva e elucidativa, as percepções das participantes em relação à rede atenção para o cuidado ao idoso.

A linguagem verbal e não-verbal das participantes e a concordância com os constructos foram levadas em conta nesse processo. Expressões e gestos observados somaram-se à gravação e contribuíram para reforçar a validação pelo grupo amostral.

Percebeu-se que durante a apresentação que as categorias e subcategorias rumo ao fenômeno central do estudo provocavam as participantes, estimulando suas falas. As discussões aconteceram com interesse e mencionavam que o modelo satisfazia às percepções delas em relação ao vivido na APS. Logo, começavam a relatar variados exemplos de situações práticas reafirmando a concepção de rede para o cuidado ao idoso que se apresentava. Ambas colocando que o enfermeiro se encontra o tempo todo no centro dessa rede e das “engrenagens”.

As participantes reforçaram os termos utilizados para representarem as abstrações, reconheceram palavras enquanto que fundamentavam o conceito de rede de atenção que reportavam à prática cotidiana do trabalho em saúde. Os debates, argumentações e sugestões foram analisadas criteriosamente com vistas à validação do modelo apresentado. O modelo fazia sentido ao se pensar em como estabelecer o cuidado ao idoso na perspectiva de rede e que seria com toda a engenhosidade com que foi diagramado.

Assim, o diagrama representativo do Modelo Teórico tendo como base as engrenagens disformes foi compreendido satisfatoriamente, como sendo a articulação de rede, cujo movimento é de um e do todo ao mesmo tempo. O Modelo Teórico foi alvo de interesse dos participantes verbalizado em diversos momentos que ele correspondia às suas realidades.

Por fim, a validação permitiu constatar que o cuidado na perspectiva de rede têm, no modelo teórico desenvolvido, um espaço de (in)visibilidade que interage com prioridades, com as ações centrais marcadoras do cuidado na APS. Desse modo, as interações que marcam os modos de operacionalizar a rede para o cuidado à pessoa idosa

repercutem no atendimento e na construção de sentidos para as realidades de cuidado.

A validação, portanto, respaldou os conceitos aqui defendidos e publicados, retratou a pertinência dos achados da pesquisa com a vivência dos profissionais no que concerne a rede para o cuidado à pessoa idosa a partir da APS. Além disso, contribuiu para o amadurecimento da pesquisadora.

Contudo, o rigor metodológico necessário da TFD e a dinâmica de circularidade tornam o modelo desenvolvido passível de críticas e sugestões para a continuidade de seu aprimoramento. Sendo assim, não se pode afirmar que o modelo está construído. Há possibilidades de crescimento, de motivar o surgimento de outras inquietações por parte de pesquisadores e profissionais que possam (re)construir (re)significar práticas profissionais e influenciar políticas públicas capazes de fortalecer a atenção à pessoa idosa e qualificar o cuidado.

Referências



AGOSTINHO, C. S.; MÁXIMO, G. C. Idosos num Brasil que envelhece: uma análise multidimensional da pobreza. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS (ABEP), 15, 2006, Caxambu, **Anais**. Caxambu: ABEP.

ALETRAS, V.; JONES, A.; SHELDON, T. A. Economies of scale and scope. In: FERGUSON, B.; SHELDON, T. A.; POSNETT, J. **Concentration and choice in health care**. London: Financial TimesHealthcare, 1997.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. **O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família**: construindo "novas autonomias" no trabalho. *Interface*, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 50-53, 2001.

ALVES, M. A gerência do cuidado de enfermagem frente a novos modelos de gestão. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 50, 1999, Salvador. **Anais**. Salvador: ABEn-Seção BA, 1999.

AUTUN, R. *et al.* Integratin of target health interventions into health systems: a conceptual framework for analysis. **Health Pol. Plan**, n. 25, p. 104-111, 2010.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e sociedade**. [online], v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

BAKER, C.; WUEST, J.; STERN, P. Method slurring: the TeoriaFundamentadanos Dados/phenomenology example. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, n.17, p.1355–1360, 1992.

BARCELÓ, A. *et al.* **Improving chronic illness care through integrated health service delivery networks**. Organização Pan-Americana da Saúde. Washington: OPAS, 2012.

BARROS M. E. B.; SANTOS FILHO, B. S.; GOMES, R. S. Alguns conceitos articulados na discussão do processo de trabalho e em saúde. In: MACHADO, J. M. H. e ASSUNÇÃO, A. A. (Org.) **Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde**. Belo Horizonte, UFMG/Faculdade de Medicina, 2012.

BAUER, M. W; GASKELL, G. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: _____. **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002.

BAZILLI, C. *et al.* **Interacionismo simbólico e a teoria dos papéis**: uma aproximação para a psicologia social. São Paulo: Educ, 1998.

BERNABEI, R. *et al.* Randomized trial of impact of integrated care and case management of older people living in the community. **British Medical Journal**, London, v. 316, p. 23-27, 1998.

BERQUÓ, E. *Como se casam negros e brancos no Brasil*. In: LOVELL, P.A.(Org.). **Desigualdade racial no Brasil contemporâneo**. Belo Horizonte: UFMG: CEDEPLAR, 1991.

BETTINELLI, L. A. **A solidariedade no cuidado**: dimensão e sentido da vida. Série teses em enfermagem. Florianópolis: Enfermagem UFSC/PEN, 2002.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism perspective and method**. Califórnia: Prentice-Hall, 1969.

BOBROFF, M. C. C. **Identificação de comportamentos de cuidado afetivo-expressivo no aluno de enfermagem**: construção de instrumentos. 2003. 132f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2003.

BORGES, M. M. M. C.; TELLES, J. L. O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família. **Revista Brasileira de**

Geriatria e Gerontologia (online), Rio de Janeiro, n. 3, vol. 13, p. 349-360, 2010.

BOULT, C.; WIELAND, G. D. Comprehensive primary care for older patients with multiple chronic conditions. **JAMA**, Chicago, v. 304, p. 1936-1943, 2010.

BOYD, C. M. *et al.* Guided care for multimorbid older adults. **Gerontologist**, Washington, v. 47, p. 697-704, 2007.

BRAGA, E. C. **Critérios de suficiência para análise de redes assistenciais**. Exposição de Motivos. Consulta Pública 2006. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2006.

BRANCH, L. G. *et al.*, The PACE evaluation: initial findings. **Gerontologist**, Oxford, v. 35, p.349-359, 1995.

BRASIL. Constituição de 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília**, DF: Senado Federal. Diário Oficial da União 05 de outubro de 1988. 1988.

_____. **Lei 8.842**, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências Brasília, DF: Diário Oficial da União de 4 de janeiro de 1994, Poder Executivo. 1994. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>. Acesso em: 10 out 2011.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1395/GM**, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União de 10 de dezembro de

1999, Poder executivo. 1999. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf>. Acesso em: 10 out 2011.

_____. **Lei 10.741**, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União. 2003. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 10 out 2011.

_____. **REDE NACIONAL DE PROTEÇÃO E DEFESA DA PESSOA IDOSO (RENADI)**. Dispõe sobre o Texto Base da I Conferência Nacional de Direitos do Idoso "Construindo a rede nacional de proteção e defesa da pessoa Idosa - RENADI". 2005. Disponível em <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/cndi/i_conferencia_idoso.htm>. Acesso em: 16 ago 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM**, de 22 de Fevereiro de 2006. Dispõe sobre a instituição do Pacto pela Saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União de 22 de fevereiro de 2006, Poder Executivo. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2528/GM**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa Brasília, DF: Diário Oficial da União de 19 de outubro de 2006, Poder Executivo. 2006b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 61 p. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da saúde, 2007. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

_____. **Portaria nº 4.279/GM**, de 30 de dezembro de 2010. Dispõe sobre as diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde. Brasília, DF: Diário Oficial da União de 30 de dezembro de 2010, Poder executivo. 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_30121.pdf>. Acesso em: 05 mar 2012.

_____. **Portaria nº 2.488/GM**, de 21 de outubro de 2011. Programa Nacional de Atenção Básica (PNAB), 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 20 set 2012.

CASSIANI, S. H. B.; CALIRI, M. H. L.; PELÁ, N. T. R. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Revista latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p.75-88, 1996.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teóricos conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface: Comunicação Educação e Saúde**, Botucatu, v.15, n.37, p. 589-599, 2011.

CECÍLIO, L. C. O. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. Saúde em debate – série didática. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 293-320.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. "**A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**", Campinas, 2003. (mimeo).

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do idoso**. Belo Horizonte: COOPMED NESCON UFMG, 2009. 140 p.

CHAIMOWICZ, F.; COELHO, G. L. L. M. **Expectativa de vida de incapacidade em Ouro Preto**. Relatório técnico final. Brasília: Conselho Nacional de Pesquisa, 2004. 50p.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009. 272 p.

CHARON, J. M. **Symbolic interactionism**: an introduction, an interpretation, an integration. New Jersey: Prentice Hall, 1989.

CHENITZ, W. C; SWANSON, J. M. (Org). **From practice to Teoria Fundamentada nos Dados**. Canada: Addison-Wesley Publishing Company, 1986.

CIAMPONE, M. H. T.; KURCGANT, P. O planejamento e o processo decisório como instrumentos do processo de trabalho gerencial. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

COLLIÈRE, M.F. Invisible care and invisible women as health care-providers. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 23, n. 2, p. 95-112, 1986.

CONNELLY, F. M.; CLANDININ, D. J. Stories of experience and narrative inquiry. **Educational Researcher**, v. 19, n. 5, p. 2-14, 1990.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* Intégration des soins: dimensions mise-en-oeuvre. **Ruptures**, v.8, p.38-52, 2001.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

DANTAS, C. C. **Reconstruindo formas de gerenciar em enfermagem**: enfrentando os desafios institucionais e de valorização profissional. 2008. 223f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

DELEUZE, G. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2005.

DELEUZE, G.; GUATARI, F. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. v. 1. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. **Hand-book of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage, 1994. p.2.

ECHEVERRÍA, R. **Ontología del lenguaje**. Santiago: Dólmén; 1997.

ERDMANN, A. L. **Sistema de cuidados de enfermagem**. Pelotas: UFPel, 1996.

FERNANDES, E.; MAIA, A. "Teoria Fundamentada nos Dados". In: FERNANDES, E.; ALMEIDA, L. S. (Eds.). **Métodos e técnicas de avaliação**: contributos para a prática e investigação psicológica. Universidade do Minho - Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Braga, 2001, 261 p.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p.1494-1502, 2012.

FEUERWERKER, L. C. M. *et al.* O processo de construção e de trabalho da Rede UNIDA. *Saúde em Debate*, Londrina, v. 22, n. 9, p. 9-17, 2000.

FLORIN J.; EHRENBORG, A.; EHNFORSS, M. Quality of nursing diagnosis: evaluation of an educational intervention. **International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**, Philadelphia, v. 16, n. 2, p. 33-43, 2005.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, E. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. PSF: contradições e novos desafios. In: **CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE ON-LINE**, 1999, Belo Horizonte. Tribuna Livre. Campinas, 1999. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>>. Acesso em: 18 nov. 2011.

GASKELL, G. Entrevistas Individuais e Grupais, In:_____. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 2004. p.64-89.

GASQUE, K.; CRISTINE G. D. Teoria Fundamentada: nova perspectiva à pesquisa exploratória. In: MUELLER, S. P. M. (Org.). **Métodos para a pesquisa em Ciência da Informação**. Brasília: Thesaurus, 2007, p. 107-142. Disponível em <http://kelleycristinegasque.blogspot.com/2011/01/teoria-fundamentada-nova-perspectiva_27.html>. Acesso em 03 jan 2012.

GIDDENS, A. **Sociologia**. Tradutores Alexandra Figueiredo, Ana Patrícia Duarte Baltazar, Catarina Lorga Silva, Vasco Gil. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, nº 22, v.6, p.1171-1181, 2006.

GLASER B. G.; STRAUSS, A. L. (Org). **The discovery of Teoria Fundamentada nos Dados**. New York: Aldine Publishing Company, 1967.

GLASER B. G.; STRAUSS, A. L. **The discovery of Teoria Fundamentada nos Dados: strategies for qualitative research**. Chicago: Aldine, 1976.

GONÇALVES, L. H. T. *et al.* Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto & contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, 2006.

GROSS, D. L. *et al.* The growing pains of integrated health care for the elderly: lessons from the expansion of PACE. **Milbank Q.**, v. 82, p. 257-282, 2004.

GUATTARI, F. **Revolução Molecular**. São Paulo: Brasiliense, p. 88-105, 1981.

GUILLEMIN, M.; GILLAN, L. Ethics, Reflexivity and "Ethically Important Moments" in Research. **Qualitative Inquiry**. v. 10. n. 2, 2004.

GUSTAVO, A. S. **O trabalho no âmbito hospitalar: idealização e realidade**. 2005. 235f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 20, p. 331-336, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sinopse dos Resultados do Censo 2010**. [Internet] Brasília. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/>>. Acesso em 03 set 2012.

KALACHE, A. **XVII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia**. Belo Horizonte, 2010.

KLOCK, P. *et al.* O cuidado como produto de múltiplas interações humanas: "importando-se com o outro". **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 12, n. 4, p. 452-459, 2007.

KRUEGER, R. A. **Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research**. Thousand Oaks: SagePublications, 1994.

LAVRAS, C. **Redes de atenção à saúde**. Disponível em: <[www.unicamp.com/Sala de imprensa](http://www.unicamp.com/Sala%20de%20imprensa)>. Acesso em: 20 dez 2007.

LEBRÃO M. L.; DUARTE, Y.A. O. (Orgs). **Projeto SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo**: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. 255p.

LIMA, J. C., RIVERA, F. J. U. Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 323-336, 2010.

LIMA, T. J. V., *et al.* Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. **Saúde e sociedade** [online], v.19, n.4, p. 866-877, 2010.

LIMA-COSTA, M. F., VERAS, R. P. Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-701, 2003.

LITTLEJONH, S. W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

LITTLEJONH, S. W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Zahar; 1992.

LLEWELLYN, J. R. H. *et al.* Multifaceted shared care intervention for late life depression in residential care: randomised controlled trial. **British Medical Association**, London, n.319, 1999.

LOBIONDO-WOOD, G., HABER, J., KRAINOVICH-MILLER, B. Revisão do processo de pesquisa. In: LOBIONDO-WOOD, G., HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 24-34.

LOURENÇO, R. A. *et al.* Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 311-318, 2005.

LUNNEY M. Helping nurses use NANDA, NOC and NIC. Novice to expert. **Journal of nursing Administration**, Wakefield, v.36, n. 3, p. 118-125, 2006.

MALY, R. C. *et al.* Implementation of Consultative Geriatric Recommendations: the role of patient-primary care physician concordance. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 50, p.1372-1380, 2002.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. Nova Cultural, São Paulo, 1988.

MATTA, G. C.M.; MOROSINI, V. G. **Atenção Primária à Saúde**, 2011. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 08 jan 2012.

MENDES, A. M. C. P. *et al.* Políticas públicas, desenvolvimento e as transformações do Estado brasileiro. Cap. I. In: SILVA, C. L.; SOUZA-LIMA, J. E. (Org.). **Políticas públicas e indicadores para o desenvolvimento sustentável**. São Paulo: Saraiva, 2010.

MENDES, E. V. **A modelagem das Redes de atenção à saúde**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Assessoria de Normalização, 2007.

MENDES, E. V. **As Redes da Atenção à Saúde**. 2ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **V Congresso Mineiro de Epidemiologia e Saúde pública**. Belo Horizonte 2009. Disponível em: <<http://www.amep.org.br/vcomespdata/Dia%2008/Mesa%202/VCOMESP%20REDES%20DE%20ATENCAO%20EUGENIO%20VILACA.pdf>> Acesso em: 10 jan. 2012.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 71-112.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E; FRANCO, T. B. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. Hucitec, São Paulo, 2003.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA, Jr. C. E. A. **Entre a liberdade a liberdade e a dependência** (introdução). Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

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

_____. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia.** Belo Horizonte: Folium, 2009.

MOREIRA, P. L.; DUPAS, G. Significado de saúde e de doença na percepção da criança. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p.757-762, 2003.

MORSE, J. **Aspectos essenciais de metodologia de investigação qualitativa.** Coimbra: Formasau, 2007.

NADASH, P. Two models of managed long -term care: comparing PACE with a Medicaid-only plan. **Gerontologist**, Oxford, v.44, p. 644-654, 2004.

NORDENFEL, T. L. **Conversando sobre saúde:** um diálogo filosófico. Tradutores Maria Bettina Camargo Bub, Theo Fernando Bub. Florianópolis: Benúncia; 2000.

OERMANN, M. H.; TEMPLIN, T. Important attributes of quality health care: consumer perspectives. **JournalofNursingScholarsh**, Indianapolis, v. 32, n. 2, p. 167-172, 2000.

OLIVEIRA, C. J.; ARAÚJO, T. L.; MOREIRA, T. M. M. Idosos com hipertensão arterial: interferências em sua qualidade de vida. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 17, n. 3, p. 109-112, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS:** construindo as redes de atenção no SUS - contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 113 p.

PASSOS, E. *et al.* As Oficinas como espaço do protagonismo dos sujeitos no processo de avaliação. In: ONOCKO CAMPOS, R. T. *et al* (Orgs.). **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental:** desenho participativo e efeitos de narrativa. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, p.300-318, 2008.

PINHEIRO, R. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>>. Acesso em: 10 novDE 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. HUNGLER, B. P. Pesquisa e análise qualitativa. In: _____. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem – métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap. 11, p. 247-284.

POLKINGHORNE, D. E. **Narrative knowing and the human sciences**. Albany: State University of New York Press.

PORTELLA, M. R. Atenção integral no cuidado familiar do idoso: desafios para a enfermagem gerontológica no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia** [online], Rio de Janeiro, vol.13, n.3, p. 501-506, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE (PBH). **Planejar BH**. Belo Horizonte, ano 2, n. 8, 2000.

_____. **Relatório de gestão 2008**. Sistema Único de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2009.

_____. **Censo BH Social**. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Informações para Atenção Básica, 2010. Intranet. Disponível em: <www.smsa.pbh.gov.br/intranet>. Acesso em: 06 de out 2010.

RADUNZ, V. **Uma filosofia para enfermeiros: o cuidar de si, a convivência com a finitude e a evitabilidade do Burnout**. Florianópolis: Ed. UFSC/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2001.

RODRIGUES, M. P.; LIMA, M. S. de S. **O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho**. 2004. Disponível em:<[http:](http://)

[//www.observatorio.nesc.ufrn.org.br/polo.php](http://www.observatorio.nesc.ufrn.org.br/polo.php)>. Acesso em: 09 dez. 2012.

RODRIGUES, N. C. Política Nacional do Idoso: retrospectiva histórica. **Estudos Interdisciplinares de Envelhecimento**, v. 3, p. 149-58, 2001.

ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 460-468, 2005.

ROVERE, M. **Redes**: hacia la constitución de redes em salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad. Rosario: Secretaría de Salud Pública; 2008.

SANTOS S. R.; NÓBREGA M. M. L. A busca da interação teoria e prática no sistema de informação em enfermagem - enfoque na teoria fundamentada nos dados. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 460-468, 2004.

SANTOS, L. Rede Interfederativa de saúde. In: SILVA, S.F. (Org.). **O que são redes?** Campinas: IDISA, 2008. Cap. I. p. 29-34. 202 p.

SANTOS, L., ANDRADE, L. O. M. Rede Interfederativa de saúde. In: SILVA, S. F. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde – Pactos pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde**. Campinas: IDISA, 2008. p. 35-50. 202 p.

SANTOS, S. R. (Org.). **Políticas sociais e transição demográfica: análise comparativa do Brasil, Espanha e Portugal**. São Paulo: Mandacaru; Salvador: Cetead, 2001.

SANTOS, S. R.; NÓBREGA, M. M. L. A Grounded Theory como alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.55, n.5, p.575-579, 2002.

SANTOS, S. S. C.*et al.* Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso de enfermagem geronto-geriátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 4, p, 649-653, 2008.

SANTOS-FILHO, B. S.*et al.* A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface: Comunicação Educação e Saúde**, Botucatu, v. 13, supl.1, p. 603-613, 2009.

SANTOS-FILHO, B. S.; BARROS M. E. B. O trabalho em saúde e o desafio da humanização: algumas estratégias de análise-intervenção. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, 2011.

SANTOS-FILHO, B. S.; BARROS M. E. B. **Trabalhador da saúde**: muito prazer – protagonismo do trabalhador na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí, 2007.

SANTOS-FILHO, S. B. *et al.* Análise do trabalho em saúde nos referenciais da humanização e da relação de serviço. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, p. 45-54, 2011.

SCHOENI, R. F. *et al.* Persistent and growing socioeconomic disparities in disability among the elderly: 1982-2002. **American Journal of Public Health**, Washington, v. 95, n. 11, p. 2065-70, 2005.

SCHRAIBER, L.B. (Org). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Editora Hucitec; 1990.

SCHRAIBER, L.B. **Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea**: novos desafios e outros dilemas. 1997. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1997.

SCHRAM, J. M. A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, 899-908, 2004.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Programa de Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319, Jun. 2000.

SILVA, I. J. *et al.* Care, self-care and caring for yourself: a paradigmatic understanding thought for nursing care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online], São Paulo, vol.43, n.3, p. 697-703, 2009.

SILVA, S. F.; JUNIOR, H. M. M. Redes de Atenção à Saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S. F. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde – Pactos pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde**. Campinas: IDISA, 2008. Cap. II.1. 202 p.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. (Org.). **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory**. London: Sage Publications, 1998.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada**. 2. ed. Porto Alegre: Artemed, 2008. 288 p.

TELLES, J. L. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Entrevista. 2012. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>>. Acesso em: 07 dez 2012.

URBANETTO, J. S.; CAPELLA, B. B. Processo de trabalho em enfermagem: gerenciamento das relações interpessoais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 447- 452, 2004.

VERAS, R. P. *et al.* Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n.3, p. 497-502, 2008.

VERAS, R. P. *et al.* Transformações demográficas e os novos desafios resultantes do envelhecimento populacional. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA, Jr. C. E. A.(Org.). **Críticas e atuantes**: ciências sociais e humanas na América Latina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 708p.

VERAS, R. P., CALDAS, C. P. (Ed.). Produção de cuidados à pessoa idosa. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13 n.4, 2011.

VERAS, R. P.; LOURENÇO, R. Do mito da cura à preservação da função: a contemporaneidade da jovem Geriatria. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, 2008.

VERAS, R. P. **Fórum**. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p. 2463-2466, 2007.

VÍCTORA, C. G; KNAUTH, D.; HASSEN, M. N. **Pesquisa qualitativa em saúde**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, v.23, p. 5-26, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde / World Health Organization. Tradução Suzana Gontijo. Título original inglês: Active ageing: a policy framework. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.

Apêndices

3

APÊNDICE I

Entrevista (dados do sujeito – objetivo: localizar o informante para esclarecimentos de dúvidas que possam surgir na transcrição, complementar informações que não ficaram claras).

1. Identificação:

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Religião: _____

____ Médico (a) ____ Enfermeiro (a) ____ Auxiliar de Enfermagem ____ Outro: _____

UBS: _____ ESF: _____

Há quanto tempo você trabalha na rede? _____ Efetivo _____

Contratado _____

Tem especialização? Sim ____ Não ____ Qual? _____

Já fez alguma capacitação para atendimento ao idoso? Sim ____ Não ____

Qual? _____ Onde fez? _____

2. (Se profissional de saúde) Fale como é seu atendimento à pessoa idosa.

(Se gerente local) Fale como é o atendimento à pessoa idosa nesta unidade/setor

3. (Se profissional de saúde) Fale a partir seu atendimento ao idoso como se estabelece o cuidado.

(Se gerente local) Como se estabelece o cuidado à pessoa idosa?

APÊNDICE II

Roteiro do Grupo Focal para profissionais do SUS-BH

Introdução

Boa tarde! Primeiro, gostaria de agradecer todos vocês por terem vindo participar deste debate. Esta pesquisa intitulada: "*Redes de Conversação e cuidado à pessoa idosa: estudo na Saúde da Família em um distrito sanitário do SUS-BH*" (Título provisório). Trata-se de um estudo de redes de atenção para o cuidado à pessoa idosa estabelecidas a partir da Saúde da Família no SUS-BH. Hoje, estaremos conversando, então, a partir de perguntas gerais sobre as redes de atenção para a pessoa idosa no SUS-BH que tem como ponto de partida a Atenção Primária em Saúde.

Quero lembrar-lhes que neste debate é importante ter a participação de todos. Não há resposta certa ou errada. Todos vocês tem alguma coisa para dizer e eu estou aqui para aprender de vocês.

Alguns de vocês pode ser que já se conhecem, mas gostaria de pedir que cada um neste grupo diga seu nome e em qual Unidade/serviço/setor está lotado (a).

Pergunta 1:) (O que vocês entendem por redes de atenção à saúde?)

Como é a rede de atenção (as possibilidades) à saúde no cuidado à pessoa idosa do SUS-BH? (explorar nos âmbitos de trabalho-SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO PRIMARIA EM SAÚDE; gestão)

Pergunta 2: Em que condições se encontra o atendimento/acompanhamento para o cuidado à pessoa idosa no seu setor/ sua unidade(*)?

Pergunta 3: Algo afeta a articulação do atendimento à pessoa idosa? Se afeta, o quê?

Pergunta 4: O cuidado ao idoso que vocês realizam segue a idéia de rede de atenção à saúde ? Como?

Pergunta 5: Precisaria mudar condições da rede de atenção do SUS-BH para o cuidado à pessoa idosa no seu setor/unidade (*)?

Pergunta 7: Qual o reconhecimento que a sociedade e a SMSA dão ao trabalho que vocês realizam com o cuidado à pessoa idosa?

(*) em centro de saúde/unidade básica de saúde/atenção primária, usar unidade e setor para profissionais de qualquer categoria/nível).

APÊNDICE III**Formulário para Análise dos Dados**

MEMORANDO	TEXO Nº 1	NOTAS DE ANÁLISE (decomposição os dados)	CODIFICAÇÃO (recompôr os dados – ABSTRAIR)
	Entrevistado: Entrevistadora: Cargo/função: Data: Duração: Local: Entrevista está gravada nas faixas mp5 nº e celular mesmos arquivos nº...		

Adaptado de GASQUE (2008, p. 135)

APÊNDICE IV

Roteiro de Validação - Grupo Amostral C

PRIMEIRO MOMENTO:

- Elucidar os objetivos do encontro. Agradecendo a presença de todos.
- Solicitar a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

SEGUNDO MOMENTO:

- Caracterizar da amostra.

1. Sexo: () Feminino () Masculino

2. Formação profissional: _____

3. Área de atuação: _____

4. Tempo: _____ (em anos)

5. Cargo ocupado na instituição: _____

6. Vínculo empregatício em números: () um () dois () outros
Especificar: _____

7. Experiência profissional: _____

TERCEIRO MOMENTO:

- Apresentar do estudo: problemática, justificativa, objetivos, questões norteadoras e referencial teórico-metodológico, resultados: as categorias e o fenômeno emergido.

QUARTO MOMENTO:

- Solicitar ao grupo de validação que exprima sua compreensão a respeito do fenômeno/categorias emergidos, tecendo considerações sobre a sua construção (fortalecer a saturação, outrossim movimento circular dos dados)
- Solicitar ao grupo de validação que expresse seu ponto de vista sobre o desenvolvimento do modelo teórico e suas possíveis contribuições para a área/prática de enfermagem.

QUINTO MOMENTO:

Agradecer pelas contribuições ao processo de validação.

*A*nejos



3

ANEXO I

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 0068.0.410.203-10

Interessado(a): Profa. Sônia Maria Soares
Departamento de Enfermagem Básica
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 06 de maio de 2011, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Redes de conversação e cuidado ao idoso: estudo na saúde da família em um distrito sanitário do SUS-BH**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Prof. Maria Teresa Marques Amara
Coordenadora do COEP-UFMG

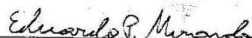
ANEXO II**Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**

Parecer: 0068.0.410.000-10A

Pesquisador: Sônia Maria Soares

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - CEP/SMSA/BH aprovou em 20 de julho de 2011, o projeto de pesquisa intitulado "REDES DE CONVERSAÇÃO E CUIDADO AO IDOSO: ESTUDO NA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM DISTRITO SANITÁRIO DO SUS-BH", bem como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Relatórios anuais devem ser apresentados ao CEP-SMSA/BH para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final. Propostas de modificação devem ser apresentadas ao CEP-SMSA na forma de adendo antes de sua implantação.



Eduardo Prates Miranda

Coordenador Adjunto do CEP/SMSA/BH

ANEXO III

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Atividades:

1. Grupo focal: modalidade de entrevista em grupo, é uma conversa aberta e acessível a todos os participantes e os assuntos em questão são de interesse comum abrangendo as questões das redes de conversações estabelecidas pelos profissionais de saúde na Atenção Primária em Saúde para o cuidado ao idoso.
2. Entrevista: é individual e da mesma forma abrangerá as redes de conversações estabelecidas na Atenção Primária em Saúde para o cuidado ao idoso complementar aos grupos focais.
3. Anotações em Caderno de Campo: atividade concomitante das pesquisadoras ao grupo focal e entrevista, destinado a todo registro do trabalho de campo.
4. Gravação: em aparelho de MP3 das conversações no grupo focal e das entrevistas individuais pelas pesquisadoras. Teremos um processo sistemático das conversações no grupo focal, entrevistas, gravação, detalhamento, descrição, documentação e análise com vistas à coleta de dados e alcance dos objetivos.

Introdução

O senhor (a), profissional de saúde, está sendo convidado (a) a participar, voluntariamente, como colaborador (a) na pesquisa sobre "Rede de conversação e cuidado ao idoso: estudo na saúde da família em um distrito sanitário do SUS-BH". Trata-se de um sub-projeto do projeto intitulado "Qualidade de Vida e Perfil Sócio demográfico e Epidemiológico de Idosos Acompanhados em UBS de Belo Horizonte – Projeto QV, á desenvolvido no Distrito Noroeste desde 2010."

Antes de obter seu consentimento, é importante que todas as informações a seguir sejam lidas com atenção e que todas as suas dúvidas sejam esclarecidas. Desde já agradecemos sua disponibilidade.

Objetivos da pesquisa

- Analisar as redes de conversações estabelecidas na Atenção Primária em Saúde para o cuidado ao idoso na Saúde da Família do SUS-BH; mapear as redes de conversações estabelecidas a partir do fluxo de atendimento ao idoso na rede SUS-BH; analisar como as interações verbais interprofissionais e interserviços influenciam no processo das redes de atenção à saúde do idoso e na integralidade do cuidado ao idoso.

(A partir do fluxo de atendimento da rede SUS-BH de atenção ao idoso trazemos alguns conceitos a fim de compreendê-la em sua base estrutural (densa) e operacional (dialógica), articulada por agentes em redes de conversações. Mendes (2009) define redes de atenção à saúde como organizações dos vários serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, com objetivos comuns que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população a partir da atenção primária à saúde. Segundo Fleury (2007) a palavra *rede* refere-se à idéia de fluxo, de circulação, com nós e vínculos que se estabelecem e implica num conjunto de relações estáveis, vinculando uma série de atores com interesses comuns e que intercambiam recursos para concretizar estes interesses, com base na cooperação. Segundo Lima (2009) *rede* converge para a idéia de uma rede integrada de serviços de saúde é operacionalizada por uma rede de conversações, um caminho possível para se compreender o funcionamento da rede de serviços. Os nós da rede de serviços são unidos pelas conversações que se travam durante as interações. Esta rede de conversações é composta de distintos pontos de conversação interligados, passíveis de serem mapeados e analisados).

Participação no trabalho

A sua participação é totalmente voluntária. Caso decida interromper durante a entrevista, não haverá qualquer prejuízo para o senhor (a).

Procedimentos

O senhor (a) precisará responder algumas perguntas que serão feitas e gravadas pelas pesquisadoras. E também participará de grupo focal com outros profissionais de saúde e serão acompanhados por observação nos fórum de atenção à saúde do idoso do distrito noroeste.

Confidencialidade

Os dados de identificação neste termo de consentimento serão usados apenas para fazer contato posteriormente, caso haja dúvidas de ambas as partes ou erros da pesquisadora no preenchimento do formulário. Não será identificado no formulário o nome ou endereço de quem está sendo entrevistado, participando do grupo ou fórum de forma a manter o sigilo dos seus dados. Serão usados nomes fictícios. A utilização dos resultados do estudo será divulgada na Tese do Doutorado e artigos científicos, eventos científicos, congressos e na SMSA/BH. Reiterando, sua identidade será mantida em sigilo em qualquer das situações.

Riscos e desconfortos

O único risco que poderá acontecer será o constrangimento do senhor(a) durante o grupo focal e/ou da entrevista. Você tem todo o direito de não participar do grupo focal e/ou da entrevista e isso será acatado imediatamente pelas pesquisadoras. Ao mesmo tempo, caso manifeste-se cansado(a) ou incapaz de participar do grupo focal ou responder a entrevista serão interrompidos imediatamente e será agendado um novo encontro para sua finalização, caso seja de seu interesse. O senhor(a) poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de suas dúvidas acerca dos riscos, benefícios, procedimentos e outros. Terá a liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar desse estudo se assim o desejar, sem penalização alguma. E o material já coletado no grupo focal e/ou entrevista, observações realizadas serão destruídos. Ressaltamos que a coleta de dados será realizada no horário de seu trabalho, e, portanto, não deverá onerar o participante da mesma.

Benefícios

Os dados obtidos poderão contribuir para a construção de descritores que permitam acompanhar o cuidado ao idoso na rede pública de atenção à saúde, assim como acompanhar a implementação da política pública de atenção ao idoso no município.

Contato para mais informações relacionadas ao trabalho

Caso a senhor (a) precise esclarecer qualquer dúvida sobre a atividade, por favor entre em contato com:

- 9 - Doutoranda: Maria Teresinha de O. Fernandes (31) 3277-9660 - mtofernandes@gmail.com
- Orientadora: Prof^aDr^a Sônia Maria Soares - (31)3409-9855 - smssoares.bhz@terra.com.br
- COEP - Comitê de Ética em Pesquisa/UFMG - 31-3409-4592
- COEP - Comitê de Ética em Pesquisa/SMSA - 31- 3277-5309

Consentimento

Declaro que li e entendi as informações acima. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente e eu recebi uma cópia deste formulário de consentimento assinado, para guardar.

Assinatura do participante do estudo	Data ____/____/____
Nome completo e legível do participante do estudo	
Endereço ou telefone de contato: _____ (falar com: _____)	
Assinatura do pesquisador que conduziu a discussão do consentimento	Data ____/____/____
Nome completo e legível do pesquisador que conduziu a discussão do consentimento	

ANEXO IV**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/Validação - Grupo Amostral C/p.1**

Prezado(a) Senhor(a),

Eu, Maria Teresinha de Oliveira Fernandes, enfermeira, estou desenvolvendo minha tese de doutorado sobre a temática: A REDE DE ATENÇÃO PARA O CUIDADO AO CUIDADO À PESSOA IDOSA A PARTIR DA APS, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Sônia Maria Soares, solicito a sua participação para compor o grupo de validação da referida tese.

Utilizamos o referencial teórico-metodológico do Interacionismo Simbólico e Teoria Fundamentada em Dados que possibilitou aproximar de um modelo teórico objetivo da referida tese.

O aceite em participar do grupo de validação implicará as seguintes questões:

- Reunião com a doutoranda e a orientadora da mesma, em local, horário e data, a serem definidos, de comum acordo entre o grupo;
- As respostas emergidas das entrevistas terão caráter sigiloso, onde em nenhum momento será exposto o nome dos participantes;
- As informações colhidas, por meio de gravação e diário de campo, só serão utilizadas para o processo de validação, que ocorrerá da seguinte forma: encontro com o grupo de validação, exposição da pesquisa, para fim de esclarecimentos iniciais e discussões acerca das categorias/fenômeno encontrados;
- Não haverá nenhum risco ou prejuízo para aqueles que participarem, ou em um dado momento optarem por desligar-se do estudo, uma vez que é voluntária a participação;
- Será respondida e discutida qualquer questão referente a pesquisa antes de iniciar o processo de validação.

Tendo tomado conhecimento das características do processo de participação, e caso esteja de acordo, solicito a aposição de sua assinatura na parte inferior deste documento.

Atenciosamente,

Maria Teresinha de Oliveira Fernandes

De acordo: _____

CPF: _____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/ Validação - Grupo Amostral C/p.2

Eu, _____, concordo voluntariamente em participar desta tese de doutorado cujo tema é: A REDE DE ATENÇÃO PARA O CUIDADO AO CUIDADO À PESSOA IDOSA A PARTIR DA APS, de autoria da doutoranda Maria Teresinha de Oliveira Fernandes, sob orientação da PROF^a. DR^a. Sônia Maria Soares, na condição de sujeito investigado, compondo o grupo de validação.

Estou ciente que os dados deste estudo serão coletados em reuniões a serem agendadas entre o grupo de validação, de comum acordo com local, data e hora. Estas serão gravadas em fita magnética, bem como será utilizado diário de campo. Estou ciente também que minha participação é anônima, ou seja, em nenhum momento meu nome será exposto, e que tenho total liberdade de interromper minha participação em quaisquer momentos e sem acarretar prejuízo da ordem financeira, social, moral ou profissional.

Contato para mais informações relacionadas ao trabalho

Caso a senhor (a) precise esclarecer qualquer dúvida sobre a atividade, por favor entre em contato com:

Doutoranda: Maria Teresinha de O. Fernandes
(31) 3277-9660 - mtofernandes@gmail.com

- Orientadora: Prof^a Dr^a Sônia Maria Soares
(31)3409-9855 – smssoares.bhz@terra.com.br

- COEP - Comitê de Ética em Pesquisa/UFMG - 31-3409-4592

- COEP - Comitê de Ética em Pesquisa/SMSA - 31- 3277-5309

Consentimento

Declaro que li e entendi as informações acima. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente e eu recebi uma cópia deste formulário de consentimento assinado, para guardar.

Assinatura do participante do estudo	Data ____/____/____
Nome completo e legível do participante do estudo	
Endereço ou telefone de contato: _____ (falar com: _____)	
Assinatura do pesquisador que conduziu a discussão do consentimento	Data ____/____/____
Nome completo e legível do pesquisador que conduziu a discussão do consentimento MARIA TERESINHA DE OLIVEIRA FERNANDES	

"O futuro não é um lugar aonde estamos indo
Mas um lugar que estamos criando.
O caminho para ele não é encontrado
Mas construído
E o ato de fazê-lo,
muda tanto o realizador
quanto o seu destino."

Antoine Saint-Exupéry