

Desafios enfrentados e estratégias sugeridas para favorecer a gestão de planos de cuidados a pessoas idosas na Cidade Ademar - São Paulo, Brasil: percepções de profissionais da Saúde e da Assistência Social

Challenges faced and strategies suggested for the favor the management of care plans for the older adults in Cidade Ademar: perceptions of professionals from health and social assistance systems

Eliana Yoko Yagi¹, Marina Picazzio Perez Batista², Sérgio Márcio Pacheco Paschoal³, Maria Helena Morgani de Almeida⁴

<https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v32i1-3e203827>

Yagi EY, Batista MPP, Paschoal SMP, Almeida MHM. Desafios enfrentados e estratégias sugeridas para favorecer a gestão de planos de cuidados a pessoas idosas na Cidade Ademar - São Paulo, Brasil: percepções de profissionais da Saúde e da Assistência Social. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2021-2022 jan.-dez.;32(1-3):e203827.

RESUMO: *Objetivo:* Conhecer trabalho de profissionais da Saúde e da Assistência Social da região de Cidade Ademar/ Município de São Paulo junto à população idosa, desafios para gestão de planos de cuidados e possibilidades estratégicas. *Metodologia:* Estudo quali-quantitativo, exploratório e descritivo, realizado por meio de questionário, no ano de 2018. Dados quantitativos foram analisados em frequências e os qualitativos, tematicamente. *Resultados:* Quatorze profissionais participaram do estudo. Metade delas explicitou realizar plano de cuidado, que engloba o processo de planejamento, ação e revisão de ações, já as demais, desenvolviam atividades correlatas. Os principais desafios à gestão de planos de cuidados abrangem falta de suporte familiar, dificuldades financeiras e de autocuidado dos idosos, falta de acessibilidade, preconceitos em relação ao envelhecimento e velhice, negação de direitos e não efetivação de políticas públicas. Como estratégias de enfrentamento, foram citados o fortalecimento do autocuidado, aproximação à rede familiar, discussões em rede e educação permanente. *Conclusão:* Os resultados reforçam importância da efetivação das políticas sociais e do apoio regional ao diálogo entre atores envolvidos no cuidado integral às pessoas idosas.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência de longa duração; Atenção integral a pessoa idosa; Plano de cuidado; Pessoa idosa.

Yagi EY, Batista MPP, Paschoal SMP, Almeida MHM. Challenges faced and strategies suggested for the favor the management of care plans for the older adults in Cidade Ademar: perceptions of professionals from health and social assistance systems. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2021-2022 Jan.-Dec.;32(1-3):e203827.

ABSTRACT: *Objective:* To know the work of health and social care professionals in the region of Cidade Ademar/Municipality of São Paulo with the elderly population, challenges for managing care plans and possibilities for coping. *Methodology:* This is a qualitative-quantitative, exploratory and descriptive study, carried out through a questionnaire, was carried out in 2018. Quantitative information was analyzed in frequencies and qualitative information, thematically. *Results:* Fourteen professionals participated in the study. Half of them explicitly carried out a care plan which encompasses the process of planning, action and review of actions, the others developed correlated activities. The main challenges to the management of care plans include lack of family support, financial and self-care difficulties by elderly, lack of accessibility, prejudices regarding aging, denial of rights and non-effectiveness of public policies. Strategies include strengthening self-care, approximation to the family network, network discussions and continuing education. *Conclusion:* The results reinforce the importance of implementing social policies and regional support for dialogue between actors involved in comprehensive care for the older adults.

KEYWORDS: Long term-care; Comprehensive care for the older adults; Care plan; Older adults.

Este artigo integra dissertação de Mestrado em Ciências de Eliana Y. Yagi aprovada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Os resultados da pesquisa foram apresentados em reunião geral do Núcleo de Educação Permanente da Coordenadoria de Saúde – Região Sul, em maio/2021, no município de São Paulo/SP; em Seminário “T.O. no SUAS: Diálogos contemporâneos”, em junho/2022, evento on line. Pesquisa não subvencionada.

1. Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria da Saúde, Programa Acompanhante de Idosos. <https://orcid.org/0000-0003-3460-5465>.

E-mail: eyagi@alumni.usp.br

2. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. <https://orcid.org/0000-0001-6147-1728>. E-mail: marinapperez@usp.br

3. Prefeitura Municipal de São Paulo, Secretaria da Saúde (servidor público aposentado). <https://orcid.org/0000-0002-8395-3290>. E-mail: spaschoal@gmail.com

4. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. <https://orcid.org/0000-0001-7266-9262>. E-mail: hmorgani@usp.br

Endereço para correspondência: Eliana Yoko Yagi. Rua Olavo Bilac, nº 257, Ap. 32F. Vila Sofia - São Paulo, SP. CEP: 04671-050

INTRODUÇÃO

No Brasil, no ano de 1900, a expectativa de vida era de 33,7 anos. Já em 2014, pouco mais de 11 décadas depois, atingiu-se o marco de 75,4 anos. A previsão é de que, entre 2010 e 2050, o grupo de indivíduos com 60 anos ou mais triplique, ou seja, amplie de 19,6 milhões para 66,5 milhões de pessoas¹.

As transformações demográfica e epidemiológica, no Brasil, apontam para o expressivo número de pessoas idosas com doenças crônico-degenerativas. Estima-se que 2/3 da população idosa curse uma ou mais dessas doenças².

Ainda que muitas pessoas idosas consigam manter sob controle suas condições crônicas, a multiplicidade de fatores que incidem sobre o envelhecimento tais como internações hospitalares, quedas e insuficiência nos suportes familiar e social, expõe esses indivíduos a incapacidades, dependência, institucionalização e morte, gerando desafios para incremento, adequação e gestão das políticas sociais, com destaque para as políticas de saúde e assistência social³.

A despeito dessa realidade, Moraes⁴ avalia que a assistência à saúde da pessoa idosa no Brasil é fragmentada, insuficiente e descontinuada, observando-se multiplicidade de procedimentos que não asseguram integralidade e atenção efetiva às necessidades frequentes em pessoas idosas^{3,5}. A fragmentação da atenção pode gerar ainda recomendações equivocadas ou conflituosas, desgaste do cuidador e custos adicionais à assistência⁶.

Diante deste cenário, a proposta das Redes de Atenção à Saúde (RAS) reforça a ideia de que o cuidado deve ser coordenado, longitudinal e integral⁷. Valentijn⁸ afirma que para o desenvolvimento do cuidado integral a pessoa idosa é fundamental promover a integração entre os níveis: micro-clínico, referente ao cuidado focado na pessoa; mesoprofissional ou organizacional, que abrange serviços e profissionais; e macro ou de sistema, relacionado às estruturas políticas, sociedade e cultura, para atendimento das necessidades de pessoas e populações em um *continuum* de cuidados.

Segundo Moraes⁴, a gestão de planos de cuidados se inscreve no âmbito micro-clínico da atenção e envolve elaboração, execução, avaliação e adequação das ações previstas, quando necessário. A complexidade do processo de envelhecimento, especialmente quando cursa com fragilidades, implica a elaboração e a concretização de planos que reflitam sua multidimensionalidade. Em sintonia com essa realidade, ambos os setores - Saúde e Assistência Social - possuem modelos ou diretrizes sobre planos de cuidados à pessoa idosa.

No âmbito da saúde, “Plano de cuidado” é definido por Moraes⁴ como a estratégia utilizada para a organização do cuidado, em que se definem quais são: os problemas de saúde do paciente; as intervenções mais apropriadas para a melhoria da sua saúde; as justificativas para as ações propostas; os profissionais e os equipamentos de saúde necessários. A definição de plano de cuidado por Moraes⁴ assemelha-se a atribuída pelo Ministério da Saúde ao Projeto Terapêutico Singular (PTS), referindo-se a um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, produto de discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e dedicado, geralmente, a situações mais complexas⁹. O PTS é composto por: diagnóstico (orgânico, psicológico e social), definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação das metas¹⁰.

O Ministério da Saúde¹¹ explica que o plano de cuidados compõe o Projeto Terapêutico Singular em suas etapas de planejamento, coordenação, implementação de soluções, monitoramento e avaliação. Mendes¹² coloca que o plano de cuidado deve ser elaborado de forma conjunta entre equipe e pessoa usuária, o que exige mudança profunda nas relações entre os profissionais e as pessoas usuárias, por meio da gestão colaborativa e centrada na pessoa e na família.

Na esfera da Assistência Social, o trabalho social de atendimento às famílias inclui ações como acolhida, estudo social, diagnóstico socioeconômico, encaminhamentos para a rede de serviços locais, articulação interinstitucional para garantia de direitos, desenvolvimento do convívio familiar e comunitário e construção de Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento (PIA/PAF), com orientação sociofamiliar, entre outras ações¹³.

O Plano Individual de Atendimento (PIA) é uma estratégia de planejamento que, a partir do estudo aprofundado de cada caso, compreende a singularidade dos sujeitos e organiza as ações e atividades a serem desenvolvidas, que abrangem: avaliação e diagnóstico interdisciplinar, planejamento operativo, desenvolvimento das ações, acompanhamento e verificação do alcance dos objetivos¹³.

O Plano de Atendimento Familiar (PAF), por sua vez, é construído no momento em que o profissional observar, por meio da análise técnica, os riscos e as vulnerabilidades decorrentes de situações expostas pelos membros da família, as quais requeiram intervenções de curto, médio e longo prazo¹⁴.

Neste cenário e, em consonância com as diretrizes norteadoras governamentais, como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa⁵ e com a lógica da RAS⁷, a cidade de São Paulo, via Secretaria Municipal de Saúde, tem construído e buscado qualificar, desde 2014, a Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (RASPI), bem como suas ferramentas,

com destaque para os planos de cuidados a pessoas idosas¹⁵. Os serviços de saúde do SUS no município devem funcionar e organizar-se como pontos que compõem a RASPI, que tem como objetivo geral garantir a promoção e a atenção integral à saúde da pessoa idosa, estabelecendo um sistema integrado entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada, incluindo os serviços da Assistência Social¹⁰.

Considerando as diretrizes propostas pela Prefeitura Municipal de Saúde de São Paulo (PMSP) para atenção às pessoas idosas¹⁰, e os planos de cuidados como uma das principais ferramentas para a provisão do cuidado em rede, aliado aos distintos saberes e práticas dos profissionais da RASPI, desenvolveu-se pesquisa de mestrado, com objetivos de conhecer o trabalho desenvolvido para atendimento às pessoas idosas no âmbito da Saúde e da Assistência Social na Cidade Ademar; identificar e analisar as percepções de profissionais desses setores acerca dos desafios para a gestão de planos de cuidados a pessoas idosas e das estratégias de superação das problemáticas identificadas. Para alcance desses objetivos o projeto compreendeu pesquisa de campo junto a um mesmo grupo de profissionais em duas etapas: aplicação de questionários online e realização de uma sessão de grupo focal. Neste, propõe-se apresentar e discutir resultados obtidos a partir da aplicação de questionários on-line.

METODOLOGIA

Pesquisa de natureza quali-quantitativa, exploratória e descritiva, realizada por meio de aplicação de questionário semiestruturado on-line. O estudo foi desenvolvido junto a profissionais das áreas da Saúde e Assistência social, atuantes na região de Cidade Ademar, zona sul da cidade de São Paulo. Segundo o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social a Cidade Ademar foi classificada no ano de 2010, como região de alta vulnerabilidade devido, sobretudo, a falta de recursos públicos municipais, estaduais e federais.

Foram considerados como critérios de inclusão para realização de convite para participar do estudo, profissionais que: a) fossem vinculados aos diversos pontos de atenção da RASPI e representativos dos dois níveis de proteção social; b) atendessem pessoas idosas e/ou participassem da gestão de seu cuidado nos equipamentos onde estão inseridos; c) fossem indicados pelos gestores das unidades de Saúde e de Assistência Social da região de Cidade Ademar - SP.

Foi elaborado um questionário pelas próprias pesquisadoras e enviado de maneira virtual, aos profissionais indicados. O intuito era captar respostas que permitissem a caracterização pessoal e profissional dos participantes; o mapeamento das ações de cuidados realizadas junto

às pessoas idosas; a identificação de desafios e possíveis estratégias referidas pelos profissionais para melhoria da gestão de planos de cuidados à essa população.

A ferramenta para confecção do questionário e seu preenchimento foi o *Google Docs*. As informações de natureza quantitativa foram organizadas em planilha e calculadas frequências absolutas e relativas. Os dados de natureza qualitativa foram analisados em seu conteúdo por meio de análise categorial temática¹⁶.

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo respectivamente, sob os números 2.504.534, com CAAE: 83003618.6.0000.0065; e 2.586.553, com CAAE: 83003618630010086. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Aos profissionais indicados foi enviado por e-mail um *link* de acesso ao questionário, em que puderam ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, optar ou não por sua participação voluntária no estudo e, em caso afirmativo, avançar no preenchimento do questionário composto por questões fechadas e abertas. 15 profissionais, 10 do âmbito da Saúde e 05 da Assistência Social, foram convidados a participar. Um serviço não retornou com interesse em participar, portanto, a pesquisa contou com a participação de 14: 9 da Saúde e 5 da Assistência Social.

A seguir serão apresentados resultados de aplicação do questionário e falas ilustrativas. Os participantes serão representados por P, referente à participante, seguido pelo número atribuído a eles na planilha de respostas (1 a 14) e setor ao qual estavam vinculados (Assistência social ou Saúde).

Caracterização pessoal e profissional dos participantes

Os sujeitos foram exclusivamente mulheres, em sua maioria com idade entre 36 a 55 anos (71,4%), nove (64%) eram da área de Saúde e cinco (36%) de Assistência Social. Sete (50%) eram assistentes sociais, cinco (36%) eram enfermeiras, uma (7%) era nutricionista e uma (7%) era dentista.

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

Atuação em uma das seguintes unidades de Saúde e Assistência Social da região de Cidade Ademar e realizar atendimento a pessoas idosas e/ou participação na gestão de seu cuidado nos equipamentos onde estão inseridos.

Assim, os profissionais que concordaram voluntariamente em participar, eram provenientes de:

Âmbito da Saúde:

- 01 – Assistente social -Unidade Básica de Saúde - sem Estratégia Saúde da Família;
- 01 – Enfermeira - Unidade Básica de Saúde - com Estratégia Saúde da Família;
- 01 – Assistente Social - Unidade de Referência à Saúde do Idoso 01 – Enfermeira - Programa Acompanhante de Idosos;
- 01 – Nutricionista - Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades;
- 01 – Enfermeira - Centro Especializado em Reabilitação;
- 01 – Enfermeira - Hospital Dia da Rede Hora Certa;
- 01 – Assistente Social - Melhor em Casa/Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar e;
- 01 – Dentista - Centro de Especialidades Odontológicas.

O Centro de Atenção Psicossocial Adulto foi convidado a participar, porém não indicou profissionais.

No âmbito da Assistência Social, foram convidados, e todos os serviços enviaram profissionais representantes:

- 01 – Assistente Social - Centro de Referência de Assistência Social;
- 01 – Assistente Social - Núcleo de Convivência do Idoso;
- 01 – Assistente Social - Centro Dia do Idoso;
- 01 – Assistente Social - Centro de Acolhida Especial para Idosos e 01 – Assistente Social - Centro de Referência Especializado de Assistência Social.

Todas as profissionais atuavam na assistência direta a usuários idosos/as, oito (57,2%) atuavam há mais de seis anos; cinco (35,7%), de dois a cinco anos; e uma (7,1%) participante trabalhava há menos de um ano com essa população.

Mapeamento de cuidados às pessoas idosas com destaque para planos de cuidados

As profissionais realizavam principalmente atendimentos individuais compartilhados às pessoas idosas e familiares; seguidos por atendimentos em grupo e visitas domiciliares, também compartilhados. As intervenções realizadas pela maioria dos profissionais (71,4%) estavam ligadas à orientação e ao diálogo com pessoas idosas, familiares e equipe sobre condutas e intervenções, por meio de atendimentos individuais, em grupo, com cunho orientativo

e educativo, mediação, encaminhamento e acompanhamento das pessoas idosas para outros serviços; além de orientação quanto aos direitos e deveres.

Sete (50%) participantes assinalaram realizar **plano de cuidado**, sendo quatro (28%) da Saúde e três (21%) da Rede de Proteção Especial. Essas foram solicitadas a descrever como esse recurso era utilizado e sua participação nesse processo. As informações obtidas foram organizadas em temáticas.

Os profissionais consideraram as **demandas das pessoas idosas de uma forma ampliada** (saúde, social, documentações legais, benefícios e outras). O histórico de vida também foi levado em consideração.

Aplicamos o PIA com o propósito de conhecermos um pouco mais sobre o idoso atendido, planos para o futuro, questões de saúde, documentações, benefícios aos quais tem direito [...] através desse instrumental fazemos os encaminhamentos necessários P14 (Ass. Social).

O Plano Terapêutico Singular é um instrumento que possibilita um tratamento focado nas singularidades P4 (Saúde).

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

O PTS é construído durante a reunião com a colaboração de todos os profissionais que atendem o idoso [...] minha participação é, além de identificar os problemas sociais, identificar se o suporte familiar desse paciente condiz com o plano de cuidados P2 (Saúde).

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

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

A **implementação dos planos de cuidados** realizou-se por meio dos atendimentos, das visitas domiciliares e dos encaminhamentos e seu **monitoramento** configurou-se processo dinâmico e desafiador, quando os profissionais procuravam averiguar alcance das metas planejadas.

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

[...] dificuldade de cumprir o PTS e em fazer a interlocução com as unidades básicas de referência do paciente P5 (Saúde).

A avaliação e revisão dos planos de cuidados eram realizadas de forma planejada e dinâmica, sempre de acordo com as necessidades da pessoa idosa.

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

Desafios para atenção com destaque para gestão dos planos de cuidados

A falta de suporte familiar e social foi considerada pelos participantes o maior desafio para atenção e gestão dos planos de cuidados às pessoas idosas; seguido por dificuldades financeiras para cobrir necessidades de alimentação, transporte e medicamentos e de autocuidado das pessoas idosas (92%). Soma-se ainda a dificuldade das mesmas em “ir e vir” decorrente da falta de acessibilidade arquitetônica, territorial e atitudinal (71%) e dos profissionais compreenderem questões do envelhecimento, como a temática “idadismo”, o preconceito relacionado à idade (71%).

[...] falta de suporte social e familiar; muitas vezes, o idoso não tem condição de vir sozinho [...], mas, como não tem quem o acompanhe, ele vem assim mesmo P5 (Saúde).

Muitos idosos também possuem dificuldade no autocuidado por serem analfabetos, em relação à medicação ou por apresentarem limitações físicas P5 (Saúde).

[...] a falta de suporte familiar e de condições financeiras são os fatores que causam a não adesão dos pacientes ao tratamento P7 (Saúde).

A falta de respeito às políticas públicas em relação ao idoso impede o avanço dos cuidados e da prestação dos serviços [mesmo] existentes, por exemplo, o ATENDE P7 (Saúde).

O acesso aos serviços também é uma dificuldade, pois alguns serviços são territorializados P9 (Saúde).

[...] estereótipos e preconceitos acabam interferindo na comunicação e nos encaminhamentos P14 (Ass. Social).

Os profissionais da Assistência Social relataram diversos aspectos relacionados à não efetivação ou à insuficiência das políticas públicas, problemática explicitada na falta de compreensão da sociedade quanto aos modos de lidar com a população idosa, além da existência de serviços públicos com demandas reprimidas; baixa contratação de recursos e falhas de comunicação entre profissionais.

[...] foi pensado para o idoso ficar por, no máximo, 18 meses [no CAEI], mas, quando está pronto [o idoso] para sair, não tem para onde ser encaminhado P13 (Ass. Social).

Acredito que as maiores dificuldades [...] ausência de efetividade das políticas públicas, principalmente baixa contratação de trabalhadores P2 (Saúde).

Nem sempre as redes de cuidado se comunicam [...] moroso o cuidado P5 (Saúde).

Outros desafios elencados e que se inserem na perspectiva da negação de direitos para o usuário mais vulnerável foram a insuficiência de vagas em instituições de longa permanência e o não oferecimento atendimento domiciliares, devido à inexistência ou idade avançada de cuidador.

[...] a quantidade de vagas disponíveis para atendimento em todos os serviços não é compatível com a demanda P8 (Saúde).

[...] Idosos acolhidos que necessitam da Assistência Domiciliar e não podem acessar por não terem um familiar responsável como cuidador P13 (Ass. Social)

Estratégias possíveis para melhoria do cuidado e da gestão de planos de cuidados às pessoas idosas

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

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

Quanto aos profissionais inseridos na Assistência Social, é possível perceber unanimidade no que se refere às sugestões de maior oferta de recursos humanos, físicos e materiais; fomento e qualificação do trabalho em equipe; melhoria na comunicação entre instituições; melhoria na comunicação entre profissionais e outros atores envolvidos na construção dos planos de cuidados.

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

DISCUSSÃO

As informações coletadas permitiram traçar breve perfil demográfico e profissional dos participantes e suas ideias sobre cuidado e planos de cuidados a pessoas idosas. Destaca-se a exclusiva presença de participantes do sexo feminino no estudo. Tanto na área da Saúde quanto da Assistência Social, existem contextos relacionados ao cuidado onde a feminização da força de trabalho é presente¹⁷.

A maioria das participantes (57%) afirma atuar há mais de seis anos na área, configurando um grupo com experiência profissional consolidada.

No que se refere à planos de cuidados a pessoas idosas, sete (50%) participantes assinalaram sua realização, os demais informaram adotar condutas correlatas, como discussão de caso, diálogo com pessoas idosas e com cuidadores sobre condutas e encaminhamentos por meio de atendimentos individuais, grupos e outras formas. Dos participantes da pesquisa, verifica-se que planos de cuidados são realizados eminentemente pelos equipamentos especializados da Saúde e da Assistência Social, no entanto esses instrumentais estão previstos também nos níveis básicos de atenção^{10,14}.

Identificou-se dinamicidade no manejo dos planos, mas o seu planejamento é feito com maior frequência exclusivamente pelos profissionais, com pouco envolvimento do usuário, o que contraria a diretriz da participação ativa da pessoa idosa em seus processos de cuidado¹⁹.

Ausência ou a insuficiência de suporte familiar foi identificada como um dos maiores desafios para o cuidado e a gestão de planos de cuidados a pessoas idosas, representando consequências das alterações significativas nas relações de parentesco, da redução de tamanho das famílias e do crescimento do número de casais sem filhos²⁰. Os profissionais mencionaram como estratégias para enfrentamento desse

desafio, o mapeamento, a aproximação e o fortalecimento da rede familiar da pessoa idosa.

As dificuldades de autocuidado identificadas no presente estudo também foram apontadas por Lima-Costa et al.²⁰ Como possível estratégia de ação, os profissionais apontaram o fortalecimento do autocuidado das pessoas idosas e dos familiares.

As dificuldades financeiras de pessoas idosas e familiares para suprir demandas em alimentos, medicamentos e transporte, também foram mencionadas como desafios para cuidado e gestão de planos de cuidados a essas pessoas. A maior disponibilização de recursos financeiros foi apontada como uma das estratégias para a melhoria dos cuidados e planos de cuidados.

Barreiras arquitetônicas, inadequação e insuficiência de transporte público, bem como barreiras atitudinais inibem circulação de pessoas idosas, em seus territórios e foram mencionados como desafios a serem enfrentados. Carvalho et al.²¹ relataram a ausência de transporte e outros exemplos da falta de acessibilidade em locais públicos como banheiros não acessíveis, barreiras na comunicação para pessoas idosas com déficit auditivo ou visual e atitudes idadistas, ou preconceito relacionado à idade. Salienta-se que a acessibilidade às pessoas idosas orientada em diversas legislações e que os serviços e a cidade devem estar adaptados às necessidades dos mais velhos²².

O preconceito contra a velhice foi mencionado como desafio pelos profissionais. Estratégias apontadas pelos profissionais para combater preconceito incluem sensibilização de pessoas idosas, familiares e população em geral em relação a envelhecimento e velhice e, oferta de educação permanente para trabalhadores.

As sugestões dos profissionais corroboram com a afirmação de que o preparo dos profissionais de Saúde e Assistência Social é essencial para o cuidado integrado às pessoas idosas^{8,23}. No Brasil, as Políticas Nacionais de Educação Permanente da Saúde e da Assistência Social reforçam essa orientação.

Ainda como parte das estratégias utilizadas pelos profissionais, constata-se a ação multidisciplinar e o cuidado centrado na pessoa¹⁹.

Os profissionais apontaram que existe desafio relacionado à dificuldade na comunicação entre as equipes, o que também foi verificada em um estudo, com consequente atuação solitária dos setores e dos profissionais²⁴. Este achado configura-se como hipótese explicativa para o fato do não desenvolvimento de planos de cuidados de forma integrada por metade dos participantes do estudo.

O fortalecimento dessa comunicação e o trabalho em equipe foram assinalados como fundamentais para melhoria dos processos de cuidado e gestão de planos.

Em relação às limitações do estudo, pode-se apontar a maciça predominância de mulheres, o que, por outro lado, deu voz àquelas que tradicionalmente têm se ocupado do cuidar, inclusive profissionalmente. O número restrito de participantes pode também ser apontado como um dos limites do estudo.

Identificam-se potencialidades do estudo como sua originalidade, considerada a ausência de publicações que abordem a percepção de profissionais da Assistência social e Saúde sobre o tema; a possibilidade de auxílio para o gerenciamento de políticas públicas na região estudada e a contribuição da pesquisa para o debate gerontológico acerca do gerenciamento de cuidados à população idosa e a promoção de sua qualidade de vida

CONCLUSÃO

O aumento da expectativa de vida e de pessoas idosas com doenças crônico-degenerativas requer incremento dos esforços dos órgãos públicos para adequações das políticas

sociais, em especial nos setores de Saúde e Assistência Social. Nessa perspectiva, a gestão de cuidados em torno do envelhecimento e da velhice deve avançar.

De modo a contribuir para melhoria dos cuidados à população idosa, objetivou-se compreender o trabalho e identificar respostas de profissionais da Saúde e da Assistência Social da região de Cidade Ademar, do município de São Paulo, aos desafios para a gestão de planos de cuidados a pessoas idosas.

As informações derivadas do estudo nos permitem afirmar que planos de cuidados devem ser considerados como parte de um sistema dinâmico que envolve a uma perspectiva ampliada de cuidado. Espera-se que os resultados obtidos possam contribuir para melhorar o fluxo do cuidado à pessoa idosa com ênfase para a gestão de planos de cuidados na região de Cidade Ademar, ao alertarem gestores e profissionais acerca dos desafios e das possíveis estratégias a serem empreendidas. Espera-se ainda que os resultados evidenciem a relevância do investimento em políticas sociais e do apoio da gestão regional para potencialização do diálogo entre a Saúde e a Assistência Social em torno da promoção de um cuidado integrado às pessoas idosas, qualificando a implantação da RASPI na região de Cidade Ademar.

Participação dos autores: *Eliana Yoko Yagi* – Autora da dissertação que originou este manuscrito. Contribuiu com etapas de concepção, planejamento, coleta, organização, análise, interpretação e redação do presente manuscrito; *Marina Picazzio Perez Batista*: Contribuiu com as etapas de concepção, orientação, organização dos dados e revisão do texto. *Sérgio Márcio Pacheco Paschoal*: orientação para organização dos dados, concepção e revisão do texto; *Maria Helena Morgani de Almeida*: Orientou a dissertação de mestrado que originou este manuscrito. Contribuiu com as etapas de concepção, orientação, planejamento, interpretação, análise, redação e revisão do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Simões CCS. Breve histórico do processo demográfico. In: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Brasil: uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [citado 10 out. 2019]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=297884>. ISBN: 9788524043864.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2009. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42597.pdf>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 14 out. 2019]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf.
4. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Políticas Nacionais de Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 30 out. 2019]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=03/10/2017&2017&jornal=1040&pagina=61&totalArquivos=716>.
6. Kairalla MC, Berretta JM. Transição de cuidados. In: Freitas EV, Py L, editoras. Tratado de geriatria e gerontologia. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014. p.1511-1523.
7. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. 2a ed. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde; 2011.

8. Valentijn PP. Rainbow of chaos: a study into the theory and practice of integrated primary care. Netherlands: Print Service Ede; 2015 [citado 20 mar. 2020]. Disponível em: https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/9272073/Valentijn_Rainbow_16_12_2015.pdf.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
10. São Paulo (Município). Secretaria da Saúde. Coordenação de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. Documento Norteador da Unidade de Referência à Saúde do Idoso do Município de São Paulo. São Paulo; 2016 [citado 20 out. 2019]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DOCUMENTONORTEADOR%20URSIversaofinal09012017.pdf>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evlhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf
12. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
13. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Tipificação Nacional de Serviço Socioassistenciais. Brasília (DF): MDS; 2014 [citado 24 ago. 2020]. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf
14. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Orientações Técnicas sobre o serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF: trabalho social com famílias. Brasília: MDS; 2012 [citado 23 out. 2019]. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Orientacoes_PAIF_2.pdf
15. São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Linha de cuidado e saúde da pessoa idosa, 26 jun. 2014. São Paulo; Secretaria da Saúde; 2014 [citado 20 out. 2019]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/cogep/coord_centro_oeste/noticias/?p=173684
16. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
17. Hirata H, Guimarães NA, organizadores. Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care. São Paulo: Atlas; 2012. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4120827/mod_resource/content/2/Zelizer%20%282012%29%20CuidadoCuidadoras_Cap1.compressed.pdf
18. Reuter CLO, Santos VCF, Ramos AR. O exercício da interprofissionalidade e da intersetorialidade como arte de cuidar: inovações e desafios. Esc Anna Nery. 2018;22(4):e20170441. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0441>.
19. Paranhos DGA, Oliveira AAS. O modelo de cuidado centrado no paciente sob a perspectiva do paciente idoso. Cad Ibero-Amer Dir Sanit (Brasília). 2018;7(2):95-109. doi: <https://doi.org/10.17566/ciads.v7i2.485>.
20. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Malta Dc, Szuwarcwald CL, Mambrini JVM. Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). Rev Saúde Pública. 2017;51(Supl 1):6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000013>.
21. Araujo de Carvalho I, Epping-Jordan J, Pot AM, Kelley E, Toro N, Thiyagarajan JA, Beard JR. Organizing integrated health-care services to meet older people's needs. Bull World Health Organ. 2017;95:756-763. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.187617>.
22. Organização Mundial da Saúde (OMS). Guia global: Cidade Amiga do Idoso. 2008 [citado 15 set. 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>.
23. World Health Organization (WHO). Integrated care for older people (ICOPE): implementation framework: guidance for systems and services. Geneva: WHO; 2019. Available from: <https://www.who.int/ageing/publications/icope-framework/en/>.
24. Romagnoli RC, Silva BC. O cotidiano da intersetorialidade e as relações entre as equipes. Est Pesqui Psicol (Belo Horizonte). 2019;19(1). doi: <http://dx.doi.org/10.12957/epp.2019.43009>.

