UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Natacha de Oliveira Hoepfner

FACETAS DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO AO IDOSO:

REVISÃO INTEGRATIVA

Brasília, DF
2016

Natacha de Oliveira Hoepfner

FACETAS DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO AO IDOSO:

REVISÃO INTEGRATIVA

Relatório final, apresentado a Universidade de Brasília, como parte das exigências para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Ma. Carla Targino Bruno dos Santos

Brasília, DF
2016

Natacha de Oliveira Hoepfner

FACETAS DA INTEGRALIDADE NO CUIDADO AO IDOSO:

REVISÃO INTEGRATIVA

Relatório final, apresentado a Universidade de Brasília, como parte das exigências para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Brasília, ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

_____
Profa. Ma. Carla Targino Bruno dos Santos

_____
Profa. Leides Barroso de Azevedo Moura

_____
Profa. Andrea Mathes Faustino

Facetas da Integralidade no cuidado ao idoso: Revisão Integrativa

Facets of Integrality in Elderly Care: Integrative Review

Facetas de Integridad en el Cuidado de Ancianos: Revisión Integradora

Natacha de Oliveira Hoepfner[1], Carla Targino Bruno dos Santos[2]

Trata-se de uma revisão integrativa, com objetivo de identificar as concepções de integralidade no cuidado ao Idoso apontada por artigos entre 2006 e 2016. Os dados foram coletados nas bases de dados LILACS, SCIELO e BDENF. Após a analise descritiva e comparativa dos estudos, foram selecionados 13 artigos para a análise em cinco categorias: Visão holística no cuidado humanizado ao idoso; Políticas públicas para a população idosa; Redes de Atenção à saúde dos idosos; Atendimento multiprofissional ao Idoso; infraestrutura adaptada ao idoso. Na saúde, a atenção integral tem sido reconhecida como expressão polissêmica, com seus muitos possíveis sentidos e contextos, convergindo quanto a contraposição ao reducionismo, a fragmentação e objetivação dos sujeitos. A integralidade então surge como estratégia do movimento sanitário para as mudanças almejadas na saúde brasileira.
Descritores: Idosos; Idoso de 80 anos ou mais; Assistência integral à saúde; Integralidade em saúde .

It is an integrative review, aiming to identify the conceptions of integrality in elderly care pointed out by articles between 2006 and 2016. The data were collected in the databases LILACS, SCIELO and BDENF. After the descriptive and comparative analysis of the studies, 13 articles were selected for the analysis in five categories: Holistic view on the humanized care of the elderly; Public policies for the elderly population; Health care networks for the elderly; Multiprofessional care for the Elderly; And adapted infrastructure for the elderly. In health, integral attention has been recognized as a polysemic expression, with its many possible meanings and contexts, converging as opposed to reductionism, fragmentation and objectification of subjects. The integrality then emerges as a strategy of the health movement for the desired changes in Brazilian health.
Descriptors: Aged; Aged, 80 and over; Comprehensive Health Care; Integrality in Health.

Se trata de una revisión integradora, con el fin de identificar las concepciones de la integridad en el cuidado de ancianos, designado por artículos entre 2006 y 2016. Los datos fueron recogidos en las bases de datos LILACS, SCIELO y BDENF. Tras el análisis descriptivo y comparativo de los estudios, se seleccionaron 13 artículos para analizar en cinco categorías: atención integral y humanizada para el adulto mayor; Políticas públicas para la tercera edad; Redes para la salud de las personas mayores; atención multidisciplinaria a los ancianos; y la infraestructura adaptada a los ansianos. En materia de salud, la atención integral ha sido reconocido como expresión polisémica, con sus muchos significados y contextos posibles, convergiendo como opuesto al reduccionismo, la fragmentación y la objetivación de los sujetos. Exhaustividad y luego emerge como la estrategia de movimiento de salud para los cambios deseados en la salud brasileña.
Descriptores: Anciano; Anciano de 80 o más anõs; Atención Integral de salud; Integralidad en Salud

[1] Graduanda de Enfermagem da Universidade de Brasília (UNB).
[2] Docente do curso de graduação de Enfermagem da Universidade de Brasília. Orientadora.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno presente. Nas últimas décadas o rápido crescimento populacional tem propiciado mudanças significativas no perfil demográfico mundial, entre os principais motivos estão a redução da natalidade e mortalidade infantil, a maior expectativa de vida e os avanços tecnológicos (UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011).

Na atualidade, aproximadamente um milhão de pessoas passam dos 60 anos de idade a cada mês. A média de idade tem sido de 66 anos, enquanto que em 1950 era de, apenas, 48 anos. No período de 1990 a 2025, a população idosa mundial tenderá a crescer cerca de 2,4% anualmente sendo que, na América Latina estima-se um aumento de 412% da população acima de 60 anos. No Brasil, é esperado que, em 2050, a população idosa alcance 19%, superando o número de jovens (MARTINS, 2014; BRITO et al, 2007).

A integralidade é uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) e visa ações que respondam às demandas e necessidades da população, em todos os níveis de atenção e complexidade, nas diferentes abordagens do processo saúde/doença e em todo o contexto do ser cuidado (FURUYA, 2011; MACHADO ET AL, 2007).

O Estatuto do Idoso enfatiza: "É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde" (Art.15). Incorpora o conceito de integralidade da atenção, ao afirmar que "o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se lhe [...] todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade" (Art 2).

A integralidade extrapola a estrutura anteriormente implementada de maneira organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolongando pela qualidade da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisitando o compromisso com o contínuo aprendizado, cuidado e com a prática multiprofissional (MACHADO, 2007).

A integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, onde a assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação dos usuários, onde a equipe se responsabiliza pelo cuidado de forma humanizada (FRANCO; MAGALHÃES, 2003).

No que diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e das práticas assistenciais por um mesmo serviço. Assim, o idoso usuário do SUS não precisa dirigir-se a unidades de saúde distintas para receber assistência curativa e preventiva, e sim ter seu atendimento em uma mesma unidade ou serviço, tendo ainda Rede de Atenção à Saúde atuando de forma integrada para garantir atendimento rápido, completo e individualizado (ALVES, 2005).

Portanto, conhecer os conceitos, as experiências, as concepções e avaliações acerca do tema, pode ser o passo inicial para uma mudança de paradigma assistêncial que vai beneficar as pessoas idosas, as instituições, a comunidade e a sociedade que está no processo contínuo de adaptação para acolher descentemente seu idosos em todos os sentidos relacionados à qualidade de vida, evidenciando a importância desse estudo. Tendo esse o objetivo de comparar as diversas aborsagens de integralidade procurando convergir em um significado universal, acessível e com toda a proposta agregada.

[C1] Comentário: Letra diferente

MÉTODO

No presente estudo, a revisão Integrativa da literatura foi o método de revisão utilizado. Tem como propósito reunir e sintetizar todas as pesquisas relacionadas a uma questão específica. Sumariza as pesquisas realizadas sobre determinado assunto, construindo uma conclusão a partir de muitos estudos realizados separadamente, mas que investigam problemas iguais ou similares. Esses estudos são analisados de forma sistemática em relação aos seus objetivos, materiais e métodos, permitindo dessa forma que seja analisado o conhecimento sobre o tema em questão (PEDERSOLI, 2011; DE SOUZA, 2010; POLIT, 2004; SILVA, 2015; MENDES, 2008; WHITEMORE, 2005).

Para a elaboração, as seguintes etapas foram percorridas: Identificação do tema; amostragem ou busca na literatura; categorização dos estudos; avaliação dos estudos, interpretação dos resultados; apresentação da revisão integrativa (MENDES, 2008; DE SOUZA, 2010).

Para guiar a revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão: “Quais são os conceitos de Integralidade e sua relação no cuidado ao idoso?”

Para a seleção dos artigos foram utilizadas três bases de dados específicas em saúde para a pesquisa dos artigos através dos descritores específicos. As bases selecionadas foram: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); SCIELO (Scientific Electronic Library Online); BDENF (Base de dados de enfermagem).

Os descritores que foram utilizados para a pesquisa nas bases de dados foram selecionados através do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e são: IDOSOS, definido por "Pessoa de 60 a 79 anos de idade" ou IDOSOS DE 80 ANOS OU MAIS, definido por "Pessoa de 80 anos de idade ou mais idosa"; e ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE, definido por "Provisão de todo tipo de assistência individualizada de saúde para diagnóstico, tratamento, acompanhamento e reabilitação de pacientes" ou "INTEGRALIDADE EM SAÚDE, definido por "Princípio fundamental de sistemas públicos de saúde que garante ao cidadão o direito de ser atendido desde a prevenção de doenças até o mais difícil tratamento de uma patologia, não excluindo nenhuma doença, com prioridade para atividades preventivas e sem prejuízo dos serviços assistenciais. A integralidade supõe um cuidado à saúde e uma gestão setorial que reconheça a autonomia e a diversidade cultural e social das pessoas e das populações." (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2016).

Foram aplicados os seguintes critérios de inclusão dos estudos selecionados para a Revisão Integrativa: artigos publicados em inglês, espanhol e português; nos últimos dez anos. Na busca, foram excluídos os artigos não-disponíveis, os editoriais e os resumos ou Artigos que não relacionavam com o tema proposto na revisão ou não respondiam a questão elaborada.

Foram encontrados 53 artigos utilizando os descritores selecionados nas bases de dados escolhidas. Foram selecionados 50 que correspondiam aos critérios de inclusão. Após aplicar os critérios de exclusão, foram selecionados 13 artigos para analise nesse estudo.

QUADRO 1 – Artigos selecionados para a Revisão Inegrativa

	Autor	**TÍTULO**	**ANO**	**IDIOMA**	**LOCAL**	**CONTEXTO DO ESTUDO**	**PARADIGMA METODOLÓGICO**
1.	Furuya et al;	A integralidade e suas interfaces no cuidado ao idoso em unidade de tarapia intensiva.	2011	Português	Rio de Janeiro - Brasil	Unidade de Terapia Intensiva (UTI).	Abordagem qualitativa.

2.	Bernardo et al;	A saúde no diálogo com a vida cotidana: a experiência do trabalho educativo com idosos no grupo roda da saúde.	2009	Português	Rio de Janeiro - Brasil	Grupo Roda da Saúde com obejtivo de Educação Popular em Saúde (EPS).	Abordagem qualitativa
3.	Nascimento et al;	Ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem.	2015	Português	Santa Catarina - Brasil	Unidade de Emergência Adulto de um hospital público.	Abordagem qualitativa.
4.	Costa; Ciosak	Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde.	2010	Português	São Paulo - Brasil	Programa Saúde da Família (PSF).	Abordagem qualitativa.
5.	Abascal; Macías	Diferencias relacionadas con la salud de mujeres y hombres adultos mayores.	2013	Espanhol	Havana - Cuba	Serviços de saúde localizados em um determinado município.	Abordagem quali/quantitativa
6.	Veras et al	Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis.	2014	Português	Brasil	revisão sobre modelos de rede de atenção à pessoa idosa.	Revisão crítica da literature.
7.	Pereira et al	Multiprofissionalidade em Saúde Cardiovascular: Atuação Integrada em Clínica Cirúrgica.	2013	Português	Paraíba - Brasil	Enfermaria de cardiologia da clínica cirúrgica de um hospital de grande porte.	Abordagem quantitativa.
8.	Santos	Qualidade de vida de idosas com incontinência urinária.	2013	Português	Paraíba - Brasil	Centro de Atenção Integral à Saúde do Idosos (CAISI).	Abordagem quantitava.

9.	Ferreira et al	Sentimentos existenciais expressos por usuários da casa de apoio para pessoas com cancêr.	2015	Português	Paraná - Brasil	Casa de Apoio para pacientes em tratamento contra o câncer.	Abordagem qualitativa.
10.	Aguiar; Assis	Perfil de mulheres idosas segundo a ocorrência de quedas: estudo de demanda no Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ.	2006	Português	Rio de Janeiro - Brasil	Núcleo de Aten-ção ao Idoso (NAI).	Abordagem quantitativa.
11.	Coutinho et al	integralidade do cuidado com o idoso na estratégia de saúde da família: visão da equipe.	2013	Português	São Paulo - Brasil	Unidade de Saúde da Família (USF).	Abordagem qualitativa.
12.	Caldeira et al	O enfermeiro e o cuidado à mulher idosa: abordagem da fenomenologia social.	2012	Português	Paraná - Brasil	Unidades de Atenção Primária à Saúde.	Abordagem qualitativa
13.	Franciulli et al	A modalidade de assistência Centro-Dia Geriátrico: efeitos funcionais em seis meses de acompanhamento multiprofissional	2007	Português	São Paulo - Brasil	Centro-Dia Geriátrico ligado a uma universidade pública federal	Abordagem quantitativa.

Dentre os artigos selecionados para a Revisão Integrativa, 12 foram publicados no Brasil, enquanto 1 foi publicado em Cuba, no período em 2006 e 2016. A seleção é constituída pelos seguintes modelos: Artigo de atualidade; Proposta metodológica; Abordagem quantitativa; Abordagem Qualitativa; Revisão da Literatura; Estudos exploratórios e fenomenológicos. Os estudos ocorreram em todos os níveis e complexidade de atenção à saúde.

A análise dos dados foi realizada na forma descritiva e comparativa possibilitando a avaliação das evidências disponíveis na literatura sobre o tema investigado. Procurando

identificar nos artigos selecionados, as respostas á pergunta norteadora e de que forma o tema é abordado.

RESULTADOS

A discussão foi dividida entre os 5 termos em maior destaque nos artigos selecionados, quando se trata de Integralidade. São eles: Visão holística no cuidado humanizado ao idoso; Políticas públicas para a população idosa; Redes de Atenção à saúde dos idosos; Atendimento multiprofissional ao Idoso; e infraestrutura adaptada ao idoso. É importante ressaltar, que as categorias não são isoladas umas das outras, e foram dividas apenas para orientar a discussão, visto que cada uma delas tem um rico acervo bibliográfico.

DISCUSSÃO

A integralidade não é um conceito, no entanto, ela possui vários sentidos. Na saúde, a atenção integral tem sido reconhecida como expressão polissêmica, com seus muitos possíveis sentidos e contextos, convergindo quanto a contraposição ao reducionismo, a fragmentação e objetivação dos sujeitos. Partindo disso, é comum encontrar em artigos, vários modelos de atendimento integral, condutas que levam a integralidade e até mesmo o que é necessário para a garantia deste (ALVES, 2005; MATTOS, 2001; CIOSAK et al, 2010).

Visão holística no cuidado humanizado ao idoso

A visão holístico e o cuidado humanizado estão altamente entrelaçados nas legislações e no cotidiano dos serviços de saúde. Juntos eles constroem a integralidade da assistência (FURUYA, 2011).

> *O cuidado humanizado conduz o homem à abertura para o universo existencial, tornando significativa a vida e a existência humana (SALES, 2013; FURUYA, 2011).*

O acolhimento humanizado deve ser um instrumento de trabalho utilizado em todos os setores e por todos os profissionais, tendo como resultado o trabalho de qualidade e com relações mais horizontalizadas (FURUYA, 201; MATTOS, 2004).

Em um contexto de cuidado humanizado, o idoso é tratado como um ser dotado de sentimentos, desejos e aflições; que possui autonomia e uma história de vida agregada a valores, crenças e experiências. Este deve ser visto como um sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao ambiente e à sociedade na qual se insere. Sendo assim, é essencial atender e abordar o indivíduo com base na teoria holística, integral, que ocorre através da visão de um ser indivisível dos aspectos físicos, psicológico e social (FURUYA, 2011; MACHADO, 2007; COUTINHO, 2009).

> *Os idosos demandam uma série de reflexões acerca do cuidado a ser prestado, pois para uma assistência adequada devem ser consideradas, além das alterações orgânicas normais, psicológicas e sociais, suas peculiaridades [...] O cuidar do paciente idoso é um processo dinâmico que depende da interação e de ações planejadas a partir do conhecimento e do respeito da realidade vivida por este paciente e sua família (FURUYA, 2011).*

Em um contexto biológico, para garantir um atendimento integral ao idoso, é necessário que seja considerado tudo o que remete ao processo de envelhecimento: os órgãos e sistemas, o comprometimento funcional, a presença de comorbidades e as complicações potenciais às quais estão sujeitos estes indivíduos (FURUYA, 2011; COUTINHO, 2009).

Desse modo, é necessário conhecer as necessidades de cada indivíduo para realização de um cuidado diferenciado e não apenas pautado na padronização das ações (FURUYA, 2011).

Entretanto, os artigos mostram algumas dificuldades encontradas por profissionais na prática do cuidado integral, como por exemplo: o aumento da demanda, escassez de tempo, poucos profissionais, cobrança no alcance de metas, etc. Ocorrendo uma grande preocupação em cuidar dos que já estão doentes, por meio de consultas, exames e medicamentos. Além disso, limitações típicas do processo de envelhecimento dificultam a comunicação, particularmente a fragilidade, as perdas na mobilidade, comunicação verbal e a audição serão as grandes perdas que interferem no processo do atendimento (COUTINHO, 2009).

Para amenizar as dificuldades encontradas pelos profissionais, este devem realizar aprimoramento profissional especifico para cuidado ao idoso, tanto com foco científico, quanto para à qualidade da assistência com ênfase na humanização, no acolhimento e no cuidado de forma holística.

A assistência humanizada e visão holísica do individuo, contribuem positivamente para a adaptação do indivíduo e favorecem seu equilíbrio físico e emocional. Coutinho

(2009), enfatiza: realizar um cuidado integral é ter um olhar para o biopsicossocial de cada indivíduo (COUTINHO, 2009; FURUYA, 2011).

Os artigos ainda indicam situações em que os profissionais têm a oportunidade de praticar o cuidado tendo a visão holística do indivíduo. No acolhimento, a partir de uma escuta qualificada onde se conhece a história do idoso, sua percepção da vida, permitindo que o perceba como um ser humano em sua totalidade e não somente um portador de uma doença específica que precisa ser tratada. Além do histórico individual, conhecer a comunidade em que esse idoso está inserido e até as enfermidades mais comum do genero para um plano de ação diferenciado e individualizado (CASTAÑEDA; RAMÍREZ, 2013; SANTOS, 2013; AGUIAR; ASSIS, 2009.).

Outro exemplo muito citado nos estudos são as ações educativas em promoção de saúde, que são apontadas nas políticas contemporâneas para envelhecimento ativo, junto com políticas públicas para que possam reduzir desigualdades (BERNARDO, 2009).

Portanto, a atenção integral à saúde da pessoa idosa, de forma humanizada e holísica deve ocorrer de forma contextualizada, com olhar ampliado para questões biopsicossociais, nas relações de vínculo, interação com o profissional de saúde e oferta de cuidados nos diferentes níveis de acordo com a necessidade identificada; as ações intersetoriais visando à integralidade da atenção; o provimento de recursos que garantam a qualidade da atenção à saúde; o incentivo à participação do controle social; a formação e educação de profissionais de saúde quanto à área de saúde do idoso; a divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; a promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e, por fim, o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (FURUYA, 2011; COUTINHO, 2009).

Políticas Públicas para a população idosa

O envelhecimento é um processo universal. A velhice é uma fase do ciclo vital cuja especificidade demanda atenção em saúde especializada. O idoso precisa de maior agilidade no sistema de saúde porque o processo de envelhecimento traz como conseqüência menor expediente para o idoso procurar os serviços de saúde e deslocar-se nos diferentes níveis de atenção. Para o idoso, qualquer dificuldade pode tornar-se motivo para bloquear ou interromper a continuidade da assistência à sua saúde (CIOSAK, 2010; CAMACHO; COELHO, 2010).

Portanto a construção de políticas públicas para o idoso são de extrema importância, visto que há um aumento no contingente populacional dos idosos em virtude da baixa de natalidade, aumento da expectativa de vida, desenvolvimento de novas tecnologias que vislumbrarão tratamentos que até alguns anos atrás eram impensados, uma perspectiva e um prognóstico de vida favorável para algumas enfermidades de saúde (CIOSAK, 2010; CAMACHO; COELHO, 2010).

> *O grande desafio é implementar a política do envelhecimento ativo, que é definido como o 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 ou idosas* (CIOSAK,2010).

São necessárias ações governamentais, para dar respostas aos problemas de saúde com maior demanda na população idosa. Nesse sentido, a integralidade trata das ações governamentais e as políticas em saúde para dar respostas às necessidades desse grupo. Essas ações devem suprir diversas carências do indivíduo idoso, tais como: boas condições de vida; autonomia; vínculo com um profissional de saúde; companhia social; apoio emocional; regulação social; ajuda material e dos serviços; e, acesso a novos contatos. Além disso devem prestar assistência integral, resolutiva, contínua e de boa qualidade; desenvolver estratégias de intervenção sobre os fatores de riscos e de humanização das práticas; estimular a criação de vínculos de compromisso e responsabilidade entre os profissionais de saúde e a comunidade; estimular o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania; promover ações educativas em promoção da saúde e, a organização da comunidade para efetivo exercício do controle social (BERNARDO et al. 2009; CIOSAK, 2010).

> *No âmbito assistencial, essas ações são estratégicas na orientação do serviço de saúde pelo norte de integralidade da atenção e do fomento da participação popular, contribuindo para a construção de um modelo comprometido com princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a melhoria da qualidade de vida como fundamento do direito à saúde (BERNARDO et al. 2009).*

Redes de Atenção à Saúde do idoso

Um dos maiores problemas enfrentados pelos usuário dos serviços de saúde, é a falta de comunicação entre as unidades e entre os profissionais responsáveis pelo atendimento do

idoso, acarretando a multiplicação de consultas, de exames e de outros procedimentos que, além de elevarem o custo da assistência, não garantem relação positiva de custo-efetividade.

> *A falta de coordenação entre os diferentes recursos sanitários e sociais dirigidos aos idosos é um dos elementos que mais contribuem à dependência dos idosos, pois esta fragmentação das necessidades sanitárias e sociais transforma o idoso em dependente da oferta de serviços e cuidados. Por outra parte, esta falta de atenção global desencadeia a passagem de recursos entre os serviços sem que nenhum deles chegue a ser realmente efetivo para fazer frente a suas necessidades (CIOSAK, 2010)*

Levando em consideração que a confiança e vinculação são valores inerentes a uma assistência qualificada, é necessário o estabelecimento de um percurso assistencial no sistema para garantir a manutenção de tais valores. Sendo assim, a atenção deve ser organizada de maneira integrada e os cuidados necessitam ser coordenados ao longo do percurso assistencial numa lógica de rede.

As formas de ação deste sistema de Redes dão-se de forma proativa e continuada, baseados em um plano de cuidados para cada usuário, realizado conjuntamente pelos profissionais e pelo usuário em busca ativa. Esse modelo de cuidar requer um conhecimento ampliado e inter setorial de políticas, programas, atividades e serviços desenvolvidos nas territorialidades (BRASIL, 2007; MENDES, 2010).

Para que a rede funcione de maneira eficaz, é necessária a articulação com outros setores, como educação, previdência social, assistência social, trabalho e emprego, desenvolvimento urbano, transportes, justiça e direitos humanos, esporte, lazer, ciência e tecnologia *(CIOSAK, 2010).*

Os artigos trazem alguns exemplos de Redes de atenção a Saúde do Idoso que foram inplementadas em países como Estados Unidos e Canadá. Os programas contam com serviços institucionais e comunitários bem definidos na sua estrutura e oferecem serviços de saúde principalmente a pessoas com deficiências e idosos frágeis com baixa renda.

Esses programas visam redução da institucionalização. cuidado individualizado e prontuário clínico eletrônico. O principal foco é na atenção primária e abordagem domiciliar. Sobre o Prontuário Eletronico, contêm registro do paciente em todos os procedimentos e é acessado pela internet, possibilitando que todos os profissionais que acompanham esse idoso tenham acesso as informações, podendo acompanhar as evoluções do paciente nas diversas especialidades que é atendido e em qualquer nível de atenção, também oportunizando o acesso a história do paciente, históricos de doenças, medicamentos em uso, etc.

Como principais resultados, além de proporcionar a pratica do atendimento integral ao individuo idoso, a partir do momento que diminui a fragmentação do cuidado; Também diminui gastos com atenção de alto nível que compensam os gastos com atenção primaria na manutenção desse modelo de atendimento.

Sendo assim, os profissionais, dentro da lógica da rede, têm o desafio de pensar na integralidade articulada com outros setores e integralidade como foco no processo de trabalho.

> *Assim, a questão com a qual se deparam as equipes de saúde é a de facilitar a ação de redes de suporte e, eventualmente, fomentar a formação de outras redes a partir do enfretamento de problemas de saúde. Para tanto, torna-se necessário mapeá-las através da escuta e uma observação atenta das teias que nem sempre estão à mostra, mas que certamente, indicam o caminho para a construção de um olhar e de uma postura capaz de compreender e respeitar o outro (CIOSAK, 2010).*

Atendimento multiprofissional ao idoso

Ainda hoje, é comum encontrar profissionais de saúde que atuam no modelo biomédico, hegemônico, focado na doença e na cura limitada à especialidades, proporcionando um cuidado fragmentado e caracterizado pelo reducionismo.

> *Ao observar a atuação dos profissionais da área de saúde, percebe-se uma tendência para a individualização cuja formação profissional tem sido orientada por um modelo de atenção biologista fundamentado no paradigma positivista da ciência, cuja racionalidade sustenta-se na fragmentação, no aprofundamento e na descrição de partes para se compreender a unidade humana. (HABERLAND; RENNER; PICOLLI 2008; PEREIRA, 2013).*

Para contrapor esse modelo e garantir o atendimento integral ao idoso de maneira a desenvolver a autonomia e a qualidade de vida, argumentam-se em favor do atendimento multiprofissional, que constitui um modelo de transformação com conceitos interdisciplinares na busca de objetivos singulares para a promoção de uma assistência de excelência, onde a equipe multidisciplinar, responsável pelos cuidados, soma seus conhecimentos e habilidades, e realiza a assistência priorizando o bem-estar físico, mental e social, reduzindo incapacidades e inabilidades consequentes da doença (PEREIRA, 2013).

Existem diversas maneiras de garantir o atendimento integral ao indivíduo a partir do atendimento multiprofissional. Alguns exemplos são citados, entre eles: acolhimento com

escuta qualificada; incentivo à participação ativa do usuário; práticas de educação em saúde e entrevistas multiprofissionais, entr outras (PEREIRA, 2013).

Além disso, proporcionar consultas com especialistas das áreas de gerontologia e geriatria e intervenções para indivíduos com múltiplas necessidades, evita que o idoso tenha que percorrer diversas modalidades de assistência à saúde para sanar suas demandas (FRANCIULLI et al, 2007).

Além disso, a atenção multiprofissional deve ser trabalhada desde a formação do profissional. As instituições devem disponibilizar aos academicos oportunidades de interação e tomada de decisão a partir do pensamento especializado em conjunto, onde todos esses profissionais vão contribuir e acrescentar de forma positiva o cuidado ao idoso.

Os estudos mostraram resultados positivos e diversos benefícios nesse modelo assistencial. Maior estabilidade no bem-estar subjetivo, sintomas da demência e saúde geral dos pacientes que receberam a intervenção multidisciplinar, bem como manutenção da capacidade cognitiva, equilíbrio e mobilidade, aspectos que possivelmente se associaram a efeitos sobre a capacidade funcional, foram significativamente aumentadas (FRANCIULLI et al, 2007).

Infraestrutura Adaptada ao idoso

A demanda relacionadas aos idosos nos serviços de saúde é um fato constante e crescente, e é fato que estes possuem necessidades específicas diante de suas condições físicas, psicológicas e sociais, requerendo, portanto, um ambiente de cuidado adequado às suas necessidades (NASCIMENTO et al, 2015).

As condições estruturais de diversos centros de atendimento à saúde não têm acompanhado o aumento da população idosa, principalmente relacionados ao ambiente físico necessário, para atender às necessidades desse público.

Entende-se que um ambiente adequado, é aquilo que compreende o espaço físico, tecnológico e de relações interpessoais que visam um cuidado com conforto focado na privacidade e individualidade dos idosos (NASCIMENTO et al, 2015).

As quedas e lesões de peles em idosos são consideradas um importante problema de saúde pública, pois prejudicam a autonomia e a independência dos mesmos, sendo sua ocorrência que podem estar relacionadas com o ambiente que o idoso está inserido. Além disso, a infraestrutura da unidade compromete a assistência quando inadequada para o cuidado à população idosa (NASCIMENTO et al, 2015).

Várias medidas podem ser tomadas para a prevenção de riscos relacionados com o ambiente, entre eles: leitos apropriados, presença de corrimão, boa iluminação e pisos antiderrapantes, manutenção e limpeza adequada da unidade, especialmente dos banheiros pelo risco de queda, proporcionar espaço adequado visando conforto, privacidade, lazer e independência ao idoso tanto no ambiente institucional quanto ambulatorial (NASCIMENTO et al, 2015).

O ambiente deve visar o conforto focado na privacidade e individualidade dos sujeitos; deve ser uma ferramenta facilitadora do processo de trabalho; e ponto de encontro entre os sujeitos; e mais importante, ser um espaço saudável que proporcione atenção acolhedora, resolutiva e humana. (NASCIMENTO et al, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos trazem constantemente elementos que constituem e são necessários para a qualidade de vida do ser humano. Falando de Integralidade, esses elementos são inseridos em todo o contexto do indivíduo, como o biológico, o psicologico, o social e até mesmo o espiritual. Conforme a idade avança, se torna cada vez mais difícil manter esses fatores no mesmo nível e harmonia de antes, visto que o envelhecimento traz consigo características próprias, muitas delas levando a uma redução da funcionalidade, o que leva a humanidade a uma procura incessante por meios de retardar o processo e aumentar a expectativa de vida, e tem conseguido, com comprovado aumento da população de idosos.

Sendo assim, pensar em qualidade de vida voltada ao idoso em todo o seu contexto é uma demanda emergente da sociedade e as políticas de saúde tem procurado cada vez mais formas de garantir que esse indíviduo possa viver plenamente com todos os elementos necessários para uma vida digna e ainda, que as características do envelhecimento não sejam motivo de nenhuma privação do ser.

A integralidade então surge como estratégia do movimento sanitário para as mudanças almejadas na saúde brasileira. O profissional de saúde é o interlocutor entre o indivíduo e o sistema de saúde, tendo esse o compromisso prestar o cuidado ao idoso respeitando sua individualidade e procurando sempre usar a integralidade em sua assistência; praticar o cuidado humanizado com visão holística do ser; conhecer as políticas públicas voltadas para esse publico, contribuir para o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde; Trabalhar em conjunto com a equipe multidisciplinar; e oferecer, dentro do possível, um ambiente adequado para todo o processo.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, CF de; ASSIS, M. de. Perfil de mulheres idosas segundo a ocorrência de quedas: estudo de demanda no Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 12, n. 3, p. 391-404, 2009.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.**Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 9, n. 16, p. 39-52, Feb. 2005 .

BARBOSA, Ingrid de Almeida; SILVA, Maria Júlia Paes. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 60, n. 5, p. 546-551, Oct. 2007 .

BERNARDO, Maria Helena de Jesus et al. A SAÚDE NO DIÁLOGO COM A VIDA COTIDANA: A EXPERIÊNCIA DO TRABALHO EDUCATIVO COM IDOSOS NO GRUPO RODA DA SAÚDE. **Revista de Atencao Primaria a Saude**, v. 12, n. 4, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Pro-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRITO, F., CARVALHO, J. A. M. D., BAENINGER, R., TURRA, C. M., & QUEIROZ, B. L. A transição demográfica e as políticas públicas no Brasil: crescimento demográfico, transição da estrutura etária e migrações internacionais–Sumário Executivo. *Belo Horizonte*, 2007.

CALDEIRA, Sebastião et al. O enfermeiro e o cuidado à mulher idosa: abordagem da fenomenologia social. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 5, p. 888-895, 2012.

CAMACHO, Alessandra Conceição Leite Funchal; COELHO, Maria José. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 63, n. 2, p. 279-284, Apr. 2010 .

CASTAÑEDA ABASCAL, Ileana E.; RAMÍREZ MACÍAS, María Fermina. Diferencias relacionadas con la salud de mujeres y hombres adultos mayores. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, v. 29, n. 3, p. 281-296, 2013.

CIOSAK, Suely Itsuko et al. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 437-444, 2010.

COUTINHO, Aline Torres et al. Integralidade do cuidado com o idoso na estratégia de saúde da família: visão da equipe. **Escola Anna Nery**, p. 628-637, 2013.

DE SOUZA, Marcela Tavares; DA SILVA, Michelly Dias; DE CARVALHO, Rachel. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, p. 102-106, 2010.

FERREIRA, Patrícia Chatalov et al. Sentimentos existenciais expressos por usuários da casa de apoio para pessoas com câncer. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 19, n. 1, p. 66-72, 2015.

Franciulli SE, Ricci NA, Lemos ND, Cordeiro RC, Gazzola JM. A modalidade de assistência Centro-Dia Geriátrico: efeitos funcionais em seis meses de acompanhamento multiprofissional. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2007

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**, v. 2, p. 125-34, 2003.

FURUYA, Rejane Kiyomi et al. A integralidade e suas interfaces no cuidado ao idoso em unidade de terapia intensiva. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 1, p. 157-161, 2011.

HABERLAND E, RENNER JS, PICOLLI JCJ. A percepção de profissionais e acadêmicos de cursos da saúde na
atuação multidisciplinar. *Revista Digital* 2008.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al . Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 335-342, Apr. 2007

MATTOS RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saúde Pública. 2004; 20:1411-6.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm,** Florianópolis , v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Ambiência. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do et al. Ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 19, n. 2, p. 338-342, 2015.

PEDERSOLI, C. E. et al. O uso da máscara laríngea pelo enfermeiro na ressuscitação cardiopulmonar: revisão integrativa da literatura. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 376, 2011.

PEREIRA, Francilene Jane Rodrigues et al. Multiprofissionalidade em Saúde Cardiovascular: Atuação Integrada em Clínica Cirúrgica. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 3, p. 209-216, 2013.

POLIT D.F, BECK C.T, HUNGLER B.P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação e utilização. Trad. de Ana Thorell, 5ª ed. Porto Alegre (RS): **Artmed;** 2004.

SALES CA. O ser-no mundo e o cuidado humano: concepções heideggerianas. Rev enferm UERJ. 2008;SANTOS, Kamyla Félix Oliveira dos et al. Qualidade de vida de idosas com incontinência urinária. 2013.

SILVA, A.R.C et al. Discriminação contra a mulher-revisão integrativa da literatura. **Revista da ABPN**, v. 7, n. 15, p. 161-174, 2015.

UESUGUI, H. M., FAGUNDES, D. S., & PINHO, D. L. M. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. ***Acta paul enferm***, *24*(5), 689-94, 2011.

VERAS, Renato Peixoto et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 357-365, 2014.

WHITTEMORE, R; KNAFL, K. Methodological Issues In Nursing Research The integrative review: updated methodology. **Journal of advanced nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.