

## **A Equipe Multiprofissional em Gerontologia e a Produção do Cuidado: um estudo de caso**

*The Multidisciplinary Team in Gerontology and Care Production: a case study*

Mariela Besse  
Luiz Carlos de Oliveira Cecílio  
Naira Dutra Lemos

**RESUMO:** Este artigo discute de que forma é construída a produção do cuidado à saúde do idoso, por uma equipe multiprofissional com ênfase na interdisciplinaridade. Pesquisa realizada com abordagem qualitativa, por meio do método de estudo de caso. Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. Os resultados principais apontaram a importância da conjunção do cuidado técnico, com o cuidado leigo realizado no domicílio para a implementação do plano de cuidados e o enfrentamento de diversas dificuldades devido à escassez de recursos humanos, equipamentos e insumos.

**Palavras-chave:** Equipe multiprofissional; Gerontologia; Gestão do cuidado.

**ABSTRACT:** *This article discusses how is built the production of health care for the elderly, by a multidisciplinary team with emphasis on interdisciplinarity. Research with qualitative approach, through the case study method .To the data analysis we used the technique of content analysis. The main results showed the importance of technical care conjunction with the lay care provided at home for the implementation of the plan of care and coping with various difficulties due to the shortage of human resources, equipment and supplies.*

**Keywords:** *Multidisciplinary Team; Gerontology; Care Management.*

## Introdução

Os idosos são hoje no país 26,3 milhões, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O número representa 13% da população. A expectativa é que esse percentual aumente e que, em 2060, chegue a 34%, segundo previsão do instituto (Portal Brasil, 2014).

Se, por um lado, este aumento da expectativa de vida é o resultado de políticas de incentivos na área da saúde e de progresso tecnológico, por outro, ele acarreta enormes desafios para o sistema de saúde e previdência social, uma vez que 79,1% da população idosa acima de 65 anos de idade sofre de pelo menos uma doença crônica (Brasil, 2011).

Diante disso, podemos dizer que, em todos os níveis de atenção à saúde, impõe-se a necessidade do trabalho em equipe para uma abordagem integral dos fenômenos que interferem na saúde desta parcela da população, rompendo com uma cultura institucional centrada numa divisão hierarquizada de trabalho na abordagem do processo saúde-doença.

Tal ação interdisciplinar pressupõe a realização de um plano de cuidados compartilhado pelos vários profissionais de saúde, De acordo com Japiassu<sup>1</sup>(1976, citado em Santos & Cutolo, 2003), a interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração das disciplinas, no interior de um projeto específico. Para o autor, reconhecemos um empreendimento interdisciplinar quando ele consegue incorporar os resultados de várias especialidades, tomar de empréstimo de outras disciplinas certos instrumentos e técnicas metodológicas, fazendo, assim, uso dos esquemas conceituais e das análises que se encontram nos diversos ramos do saber, a fim de fazê-los integrarem e convergirem, depois de terem sido comparados e julgados”.

Partindo de tais princípios, o atendimento domiciliar emerge como um modelo *continuum* de atenção à saúde do idoso que possibilita uma assistência permeada pelas diversas interações entre idoso, família, profissionais e toda a rede que se forma em torno do processo de produção do cuidado em saúde. Essa particularidade se deve ao fato de o espaço do domicílio ser muito propiciador do encontro desses atores sociais (Franco, & Merhy, 2008).

O interesse central do trabalho foi caracterizar o quanto os profissionais que atuam em gerontologia, no caso, em um Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso (PADI),

---

<sup>1</sup> Japiassu, H. (1976). *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro (RJ): Imago, citado em Santos, M.A.M., & Cutolo, A.R.A. (2003). Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 32(4).

ligado à Universidade Federal de São Paulo, conseguem construir uma prática pautada pela interdisciplinaridade.

O programa foi criado em 1999 para atender a demanda de pacientes cujas condições clínicas os impediam de locomover-se até o atendimento ambulatorial, sendo classificado como assistência domiciliar à saúde, qual seja, um conjunto de atividades programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio, relacionadas à atuação profissional por meio da visita domiciliar, envolvendo, assim, atividades que vão da educação e prevenção à recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e seus familiares, no contexto de suas residências (Giacomozzi, & Lacer, 2006).

Por sua inserção numa universidade pública, o programa desenvolve atividades de assistência, ensino e pesquisa, constituindo-se em um dos campos de estágio para residentes e especializando das áreas de Geriatria e Gerontologia.

Como pode ser visto no Quadro 1, o programa conta em sua equipe fixa com apenas três profissionais contratados pela instituição: uma médico-geriatra, uma assistente social (coordenadora do PADI) e uma enfermeira. Os demais membros da equipe (terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, podóloga, odontólogo) desenvolvem trabalho voluntário. Além disso, há a atuação de alunos da residência, especialização em geriatria e gerontologia e pós-graduação *lato sensu*, compondo uma força de trabalho temporária.

**Quadro 1** – Relação dos profissionais que atuam no PADI

<b>Especialidade</b>	<b>Vínculo Institucional</b>	<b>Função no Serviço</b>
Assistente Social	Funcionário Público	Coordenação / Assistência / Preceptoria
Enfermeiro	Funcionário Público	Assistência
Fisioterapeuta	Voluntário/Afiliado	Assistência / Preceptoria
Fonoaudiólogo	Voluntário/Afiliado	Assistência / Preceptoria
Médico-Geriatra	Funcionário Público	Assistência / Preceptoria
Nutricionista	Voluntário/Afiliado	Assistência / Preceptoria
Odontólogo	Voluntário/Afiliado	Assistência
Pedóloga	Voluntário/Afiliado	Assistência
Terapeuta Ocupacional	Voluntário/Afiliado	Assistência / Preceptoria
Residentes em Geriatria	Aluno	Assistência
Especializando em Gerontologia	Aluno	Assistência
Residência Multiprofissional	Aluno	Assistência

A pesquisadora é terapeuta ocupacional e já atuou como estagiária no PADI, detendo conhecimentos preliminares sobre o seu funcionamento.

### **Abordagem Metodológica**

Para compreender melhor os desafios presentes na produção do cuidado do idoso, foi realizado um estudo de caráter qualitativo, um estudo de caso, buscando uma compreensão mais aprofundada do processo vivenciado pelos atores envolvidos e os sentidos que dão para o seu trabalho cotidiano. Para tanto, foi realizada observação participante em dois espaços. O primeiro, a reunião semanal da equipe multiprofissional do PADI, com o objetivo de entender como ela se organiza para a produção do cuidado aos idosos, em particular a contribuição de cada profissão para o projeto terapêutico de cada paciente, tendo em conta suas necessidades singulares. O segundo espaço de observação foi propiciado pelo acompanhamento da visita da equipe aos domicílios, com o objetivo de observar diretamente como se dá o relacionamento da equipe com os pacientes e com os cuidadores, em particular a divisão de tarefas entre os profissionais.

As reuniões semanais da equipe foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo (Bardin, 2004). As observações e vivências nos acompanhamentos às visitas domiciliares foram registradas em um caderno de campo e depois utilizadas para compor a análise do trabalho da equipe.

Para a análise dos dados, utilizou-se o artifício metodológico de uma “grade analítica” que contemplasse as múltiplas dimensões do cuidado, tal como tem sido trabalhado por Cecílio (2011), e na qual foram sendo “depositadas” as categorias empíricas que iam emergindo da análise temática, tanto dos conteúdos das reuniões de equipe, como das observações das visitas domiciliares. Cecílio parte da premissa de que a gestão do cuidado em saúde se realiza em múltiplas dimensões que, imanentes entre si, apresentam, todas e cada uma delas, uma especificidade que pode ser conhecida para fins de reflexão, pesquisa e intervenção. Para o autor, o cuidado resulta da interseção dessas várias dimensões (individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária). Entendendo a gestão do cuidado em saúde como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa (Cecílio,

2009), em diferentes momentos de sua vida, trabalhou-se com o pressuposto de que a “grade analítica” poderia contribuir para ir produzindo uma visão mais integrada dos achados do estudo, já que o interesse era justamente entender como se dá o cuidado aos idosos a partir do trabalho da equipe multiprofissional, em determinado contexto institucional e social.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, parecer n.º 0382/10 em 09 de abril de 2010. Todos os sujeitos receberam informações sobre a relevância da pesquisa, sendo a participação livre, de acordo com os termos de Consentimento Livre e Esclarecido e autorizado pela coordenação do serviço. A coleta de dados iniciou-se no mês de setembro de 2010 e foi encerrada em dezembro do mesmo ano, devido à saturação (Fontanella, Ricas, & Turato, 2008), das informações e conteúdos coletados.

## Resultados e discussão

À medida que as categorias empíricas iam se delineando, elas iam sendo inseridas nas várias caselas da “grade analítica” adotada.

**Quadro 2** – As categorias empíricas do estudo e sua localização na “grade analítica” adotada

Dimensão da gestão do cuidado	Categorias empíricas
Individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Tutela X autonomia: um embate cotidiano</i></li> </ul>
Familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>O estresse do cuidador</i></li> <li>• <i>Cuidado técnico x Cuidado “leigo”</i></li> </ul>
Profissional / Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“Campo e Núcleo de Saberes e Práticas: cotidianos exercícios de interdisciplinaridade”</i></li> <li>• <i>A Enfermeira como Gestora do Cuidado</i></li> </ul>
Sistêmica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>A regulação profissional do acesso aos serviços de saúde</i></li> </ul>
Societária	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Quando as carências dificultam o bom cuidado</i></li> </ul>

Na sequência, as categorias empíricas contidas na “grade analítica” são apresentadas e discutidas, procurando explicitar o sentido que adquirem na investigação.

### **A dimensão individual do cuidado: *tutela x autonomia, um embate cotidiano***

Esta é uma categoria empírica que parece sintetizar as principais questões presentes quando se pensa a dimensão individual do cuidado.

Ela sintetiza os elementos presentes na participação do paciente no seu processo terapêutico, com vistas ao exercício de sua autonomia, quase sempre atravessada, ora pela tutela familiar, ora pelas ações cotidianas da equipe de saúde.

Para a família e profissionais de saúde, a dependência funcional caracterizada pela incapacidade dos indivíduos de realizarem suas atividades diárias por seus próprios meios, em decorrência de limitações físicas e funcionais, muitas vezes, é relacionada também uma possível inabilidade para o autogoverno.

Na velhice, consequência natural do processo de envelhecimento, as manifestações somáticas são principalmente caracterizadas pela redução da capacidade funcional, na qual se associam as perdas dos papéis sociais, motoras e afetivas. Para o idoso, a autonomia é mais útil que a independência funcional como um objetivo global, pois pode ser restaurada por completo, mesmo quando o indivíduo continua dependente (Paschoal, 1997).

No material coletado, fica evidente a existência de movimentos de busca de autonomia por parte dos pacientes, como forma de produzir um modo singular de fazer andar a vida, em termos de autodeterminação, liberdade pessoal e autoeficácia, como nos mostram os relatos a seguir:

*“... ela tinha físico particular, por um bom tempo, mas agora está sem, pois não estava aceitando mais. Ela tem agora uma cuidadora que ajuda a filha três vezes por semana, mas a cuidadora me disse que dá até vergonha de ficar lá, pois ganha e não faz nada, pois **a paciente não deixa que ela ajude.**”*

É importante notar que este dilema não atinge apenas o cuidador, mas também o idoso fragilizado que, como o primeiro, é um ser histórico, teve um passado de plena autonomia e provavelmente ainda tem aspirações nesse sentido, mesmo que suas atitudes possam levá-lo a situações de risco.

Para Foucault (2007), os pacientes tendem a perder “o direito sobre o seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem”, e, por conseguinte sua autonomia.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO<sup>2</sup>, nos artigos 7 e 8, enuncia a obrigatoriedade do respeito à vulnerabilidade humana e à integridade pessoal, afirmando que a vulnerabilidade humana deve ser levada em consideração, e que grupos especialmente vulneráveis devem ser adequadamente protegidos, visando a garantir o respeito pela dignidade humana nas situações em relação às quais a autonomia e o consentimento se manifestam insuficientes, no entanto, mesmo em tais situações, *as pessoas devem poder participar o mais possível no processo de decisão*.

Situações em que pacientes com transtornos neuropsicogerítricos, como nas síndromes demenciais, vivem declínio físico e mental progressivo, com prejuízo na capacidade de julgamento e autodeterminação, resultam em tensão permanente entre paciente, família e equipe na realização do ato de cuidar, em particular saber quais os limites de autonomia que podem ser “tolerados” nos doentes. O que observamos na observação do cuidado em domicílio foi pouca ou nenhuma participação desses indivíduos no processo de tomada de decisão.

A situação existencial da pessoa idosa, marcada pelas mudanças advindas do processo normal de envelhecimento ou por doenças e transtornos mentais, coloca sempre o dilema entre autonomia e tutela, pois mesmo nos casos em que há uma situação de vulnerabilidade importante, e parece não haver mais nenhuma condição de discernimento, a observação de campo permitiu detectar movimentos de busca de autonomia, quase sempre desconsiderados pelos cuidadores familiares e pela equipe. Portanto, a tensão não resolvida entre os limites de tutela e autonomia emergiu como elemento central na dimensão individual do cuidado.

### **Dimensão familiar do cuidado: “O estresse do cuidador” e “saber técnico versus saber leigo”**

Há, na literatura gerontológica, muitas indicações de como a atividade de cuidar de um indivíduo dependente traz modificações significativas na vida do cuidador (Lemos, Gazzola, & Ramos, 2006). A categoria empírica “o estresse do cuidador” sintetiza boa parte dos elementos presentes da dimensão familiar do cuidado.

---

<sup>2</sup> Unesco. (2005). Universal draft declaration on bioethics and human rights [Online]. Paris (França). Recuperado em 1 setembro, 2011, de URL: <http://unesco.org>].

Besse, M., Cecílio, L.C.de O. & Lemos, N.D. (2014, junho). A Equipe Multiprofissional em Gerontologia e a Produção do Cuidado: um estudo de caso. *Revista Kairós Gerontologia*, 17(2), pp.205-222. ISSN 1516-2567. ISSNc 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

Os impactos que os cuidados geram nos cuidadores são descritos frequentemente como “carga”, sendo este conceito relativo aos cuidadores, designado em inglês por “*burden*”. Etimologicamente, carga significa “o que pesa sobre uma pessoa”, “responsabilidade ou incumbência” ou “o que incomoda”. Esta definição comporta duas dimensões: relativa e objetivamente ao trabalho, ao peso da tarefa em si, e, outra dimensão, que diz respeito ao normativo, à responsabilidade e ao dever (Ricarte, 2009).

Os cuidadores ficam mais suscetíveis a desenvolver quadros de estresses, devido aos fatores estressores e tensões, os quais são condições, experiências, e atividades que são problemáticas para essas pessoas, ou seja, que as ameaçam, desafiam seus esforços, causam fadiga e desgastam (Neri, & Carvalho, 2006).

Os estressores são divididos em primários, associados às necessidades e exigências dos idosos, à intensidade e dificuldade das tarefas e a reestruturação que a relação interpessoal entre cuidador e idoso pode exigir; os secundários estão relacionados com a imagem social do cuidador, suas relações interpessoais, sentimentos em relação ao idoso, senso de eficácia, perspectiva de futuro, restrições financeira e social (Neri & Carvalho, 2006).

Uma situação especialmente preocupante diz respeito ao “idoso jovem cuidar de idoso idoso”. Cuidadoras familiares idosas estão mais predispostas ao impacto negativo do cuidado devido às mudanças associadas ao próprio envelhecimento e por apresentarem um estado de saúde parecido com aquele evidenciado pelo receptor de cuidado (Fernandes, & Fragoso, 2005). Os autores também observaram que, além desses fatores, cuidadoras mais idosas experimentam maior tensão no processo de cuidar do seu parente idoso dependente, por esse processo suscitar nelas, de algum modo, a vivência da proximidade de sua própria incapacidade ou finitude (Fernandes, & Fragoso, 2005).

Do estudo, encontramos ressonância na literatura, em particular na significativa presença de estresse nos cuidadores, acarretando mudanças importantes na dinâmica da família, tanto pela emergência ou agravamento de velhos conflitos familiares, como pelas dificuldades financeiras decorrentes das despesas necessárias para o cuidado dos idosos.

Ainda na dimensão familiar da gestão do cuidado, emergiu outra categoria empírica, “*saber técnico X saber leigo*”, que aponta outros elementos importantes presentes na relação da equipe com os familiares, e que, sinteticamente, referem-se à dificuldade da equipe em integrar o paciente e família na construção do plano, denotando a existência de uma autoridade técnica que quer se colocar acima do saber leigo, muitas vezes desqualificando-o.

Foi possível verificar que a definição do plano de cuidados vai sendo feita em diferentes momentos, a depender da complexidade do caso. Inicialmente ela pode ser discutida na reunião da equipe, em que cada profissional expõe suas impressões sobre o caso e os resultados de suas avaliações. Em seguida, o plano de cuidados é apresentado à família/cuidador, no domicílio, verificando-se a viabilidade de realização da conduta, tendo em conta as possibilidades e limitações de cada situação.

Podem-se reconhecer dois tipos de cuidados: um *técnico*, em que o saber dos profissionais da equipe de saúde é o estruturante; e um saber leigo, em que o cuidado é o resultado da boa vontade, intuição, e da reinvenção permanente das atividades de vida diária, buscando favorecer a independência e dar suporte ao idoso (Mazza, & Lefèvre, 2005).

O estudo mostrou como, na atenção domiciliar, existe uma disputa de planos de cuidado, já que um de seus pressupostos é que o cuidador assuma parte dos cuidados, que em outro cenário de trabalho seria ofertada pelas equipes de saúde.

*“assim, a E. é bem resistente à questão da obstipação da mãe, que já está assim de longa data e ela não quer dar nada e fala que está bom do jeito que está. O chá de sene já foi orientado umas três vezes, e ela falou que não, que tem medo de dar diarreia. Tudo que a gente fala, ela fala que já fez ou que não quer fazer, então a gente nem insistiu muito.”* (Paciente J. – Residente).

Pode-se dizer que o trabalho em saúde é produzido por meio do encontro (individual ou coletivo) entre trabalhadores e usuários, e envolve sempre certo grau de disputa de planos de cuidado. Para haver uma produção intercessora, é fundamental que os trabalhadores reconheçam como legítima a formulação de um plano de cuidado por parte do usuário ou do cuidador, e que as tecnologias que favoreçam a comunicação e a construção de vínculos orientem o trabalho em saúde, na possibilidade de trazer para uma conversação essa disputa, não como confronto, mas como mútua composição. Saber operar nessa micropolítica é chave para construir essas relações (Merhy, 2007).

Verificamos que a construção compartilhada do plano, na qual as necessidades do cuidador sejam consideradas, pode-se converter numa relação mais produtiva, pois os cuidadores "são pessoas que se dispõem a desenvolver ações de cuidado para o outro visando a suprir suas necessidades sem, no entanto, possuírem conhecimentos técnicos e

científicos para isso, utilizando-se somente do senso comum e da solidariedade” (Mazza, & Lefrève, 2005).

O atendimento realizado no domicílio permite que a equipe vivencie, *in loco*, diferentes realidades, a partir das quais vão tecendo a relação dos profissionais com cada usuário e sua família. Essas relações são permeadas pela solidariedade, pela busca de novas estratégias, pelo vínculo, pelo acolhimento, por parcerias, mas, *também*, por desentendimentos e conflitos, em particular quando a equipe desqualifica o saber leigo e as estratégias que os familiares adotam para cuidar do idoso, nem sempre uma simples aplicação das recomendações técnicas da equipe. Dessa forma, pode-se dizer que não há um modelo estabelecido de como a equipe deve relacionar-se com cada domicílio, a partir da compreensão de que esses espaços são diversos em sua constituição, nas diferentes relações familiares, que podem ser mais afetivas que outras ou mais tensas.

• **A Dimensão Profissional / Organizacional da Gestão do Cuidado em Saúde: “Campo e Núcleo de Saberes e Práticas: cotidianos exercícios de interdisciplinaridade” e “A Enfermeira como Gestora do Cuidado”.**

Para Cecílio (2011), a dimensão profissional do cuidado é aquela que se dá no encontro entre profissionais e os usuários e nucleia o território da micropolítica em saúde. É um encontro “privado” que, na sua forma mais típica, ocorre em espaços protegidos, de modo geral fora de qualquer olhar externo de controle. Na dinâmica própria do PADI, essa dimensão mais “privada” do trabalho profissional quase sempre se realiza em espaços compartilhados, “publicizados”, seja no momento das visitas, seja nas reuniões semanais da equipe. Podemos afirmar que um traço singular do programa é, exatamente, estimular ou produzir uma prática profissional profundamente marcada pelo arranjo de processo de trabalho que adota, em particular as marcadas características de interdisciplinaridade. O PADI depende intensamente do trabalho multiprofissional, no qual cada um realiza seu trabalho em cooperação estreita com outros profissionais. Daí, que as dimensões profissional e organizacional estejam tão imbricadas, o que justifica a opção de trabalhá-las em conjunto na grade analítica. Nessa dupla dimensão (profissional/organizacional), foram “depositadas” duas categorias empíricas: “Campo e Núcleo de Saberes e Práticas: cotidianos exercícios de interdisciplinaridade” e “A Enfermeira como gestora do cuidado”.

A categoria *‘Campo e Núcleo de Saberes e Práticas: cotidianos exercícios de interdisciplinaridade’* foi composta, utilizando-se de dois conceitos já definidos por Campos (2000), quais sejam, núcleo de saber e campo de saber, sendo que, para o núcleo, demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos em que cada disciplina e profissão buscam em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. O PADI, pelas características do seu “objeto” de trabalho, “cobra” ou facilita que os profissionais que atuam nele - mesmo mantendo seus núcleos operatórios de saber – façam deslocamentos concretos para um campo de saber mais amplo, aquele capaz de produzir um cuidado mais integral, necessariamente interdisciplinar, que está sendo denominado no estudo de *cotidianos exercícios de interdisciplinaridade*. Nesses termos, podemos inferir que no campo da saúde, e o caso do PADI é exemplar nesse sentido, o trabalho necessita ser sempre realizado de forma interdisciplinar, pois, como nos apontam Feuerwerker e Sena (2001). Disciplinas isoladamente não dão conta de produzir as respostas necessárias a um mundo que é composto de uma multiplicidade de fatores que não são mutuamente excludentes, são apreendidos na sua relação com os outros. O mundo não é feito de coisas isoladas, exigindo uma complementaridade de saberes para sua compreensão e para que se possa agir nele. A compreensão do mundo exige uma visão da realidade que transcenda os limites disciplinares e, no caso da saúde, uma compreensão mais integral do ser humano e do processo saúde-doença.

Alguns relatos mostram como cada profissional do programa, por meio do deslocamento do seu núcleo de saber “original”, consegue transcender os limites da disciplina e contribuir para se produzir uma abordagem mais integral dos idosos:

**Residente “Geriatría:** *“eu tenho uma dúvida, pois na primeira vez que eu fui lá (domicílio da paciente), eu observei certa rigidez em tornozelos, e embora ela tenha um pouco de mobilidade ainda cada vez mais ficará com o pé em equino, será que não seria bom já pensarmos em uma ortese para prevenção disso?”*

**Terapeuta Ocupacional:** *“sim, podemos fazer uma respeitando a angulação existente. Vamos marcar para irmos juntas e discutir também com o fisioterapeuta particular.”*

**Residente:** *“a outra queixa é que ela usa prótese dentária, e ela está ficando mais tempo com comida na boca; aí, ele dá uns tapinhas nas*

*costas para ver se ela engole a comida. Que ela engasga com o primeiro café do dia, deve ser pela sonolência. A nutricionista orientou aumento da ingesta calórica, com um suplemento sem açúcar.”*

**Geriatra:** *“será que a gente não consegue marcar fono para ela?”*

**Assistente Social:** *“vamos tentar ver se conseguimos marcar, vou ligar para as fonos.”*

Este é apenas o exemplo da discussão presente em todas as reuniões da equipe das quais participamos, mostrando o quanto, na gerontologia, a interdisciplinaridade é intrínseca ao trabalho em equipe, uma vez que o processo de envelhecimento é determinado por múltiplos fatores, o qual irá necessitar da cooperação de diversas disciplinas para a obtenção de um entendimento amplo que possibilite a construção de uma assistência mais integral no cuidado à saúde do idoso. Observar o PADI de perto confirmou muito isso!

### ***“A Enfermeira como Gestora do Cuidado”***

No cotidiano do trabalho da equipe, o profissional de enfermagem acaba tendo papel destacado na gestão do cuidado em função da estrutura frágil do programa, em particular do limitado número de profissionais contratados, e a variabilidade de profissionais que acessam os domicílios, boa parte deles de profissionais de programas de residência, especialização ou pós-graduação.

O estudo evidenciou este papel da enfermeira, pois as características da atividade própria da enfermagem, associadas ao maior tempo de permanência nos domicílios do que os demais profissionais, favorecem uma proximidade maior com o paciente, família e cuidador, e dessa forma ela acaba se transformando no elo entre o domicílio e a equipe interdisciplinar, e torna-se o gestor principal do cuidado, trazendo para as reuniões da equipe sempre a visão mais abrangente das necessidades dos pacientes, funciona como uma “sintetizadora” do que ocorre, nos abrindo interlocução com todos os profissionais. É importante salientar que todos os profissionais de algum modo também façam isso, embora não na mesma intensidade.

Cecílio e Merhy (2003) já apontaram a centralidade da enfermagem como gestora do cuidado no ambiente hospitalar. Para os autores, é a enfermagem que faz a efetiva coordenação do conjunto de atividades necessárias para garantir a continuidade e

articulação do cuidado aos pacientes, tendo em vista a fragmentação das práticas e especialidades. A enfermagem seria uma espécie de referência, aquele profissional que se responsabiliza pela garantia de oferta das ações necessárias ao cuidado.

### **A dimensão sistêmica da gestão do cuidado: “a regulação profissional do cesso aos serviços de saúde”**

Nesta categoria empírica, foram sintetizados os elementos que mostram - em particular nas discussões semanais da equipe - como a batalha pelo acesso a outros serviços é uma constante, pois os pacientes possuem um perfil que demanda atendimento de vários níveis de complexidade. O programa não mede esforços para construir conexões com outros serviços de saúde, na perspectiva da construção da integralidade do cuidado, muitas vezes de maneira informal, cotidiana e protagonista, muito além do que regulação governamental consegue definir.

Dentro do complexo da instituição hospitalar na qual o PADI se insere, tal articulação é facilitada pelos contatos e conhecimentos pessoais. Entretanto, quando as soluções para as necessidades dos pacientes extrapolam o muro institucional, verifica-se como a burocratização do sistema torna-se uma barreira, muitas vezes intransponível para se alcançar, desde uma simples discussão de caso, até procedimentos mais especializados.

Pesquisa<sup>3</sup> conduzida na linha de cuidado “Política, Planejamento e Gestão em Saúde” do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Unifesp identificou vários “regimes de regulação” do acesso aos serviços de saúde para além da regulação formal, governamental, aquela feita pelas centrais de regulação. Um destes regimes de regulação é denominado, no estudo, de “regulação profissional” do acesso, qual seja, aquele realizado pelos profissionais a partir de seus contatos, conhecimentos, muitas vezes sem seguir os fluxos formalmente regulamentados entre os serviços. A nossa observação junto à equipe permitiu identificar a importância do regime de regulação profissional - muitas vezes feito de forma quase heroica, como uma luta cotidiana - para garantir o cuidado que os idosos precisam, quando a dimensão sistêmica da gestão do cuidado não garante, por si só, tudo o que os idosos precisam.

---

<sup>3</sup> “As múltiplas lógicas de construção de redes de cuidado no SUS: indo além da regulação governamental do acesso e utilização dos serviços de saúde”. Financiamento PPSUS/Fapesp.

Podemos identificar, como um traço marcante da equipe do PADI, a capacidade e compromisso de, mesmo que por vias informais, contatos pessoais, conhecimentos de “curtos-circuitos”, tentar viabilizar as conexões, conversações e fluxos entre os serviços, em boa medida tentando buscar respostas a que os circuitos e fluxos regulares ou oficiais não conseguem responder. Este foi um dos achados mais interessantes do estudo.

### **A dimensão social da gestão do cuidado: “Quando as carências dificultam “o bom cuidado”**

Embora seja possível reconhecer avanços na formulação de políticas públicas governamentais voltadas para as necessidades da população idosa, é necessário um grande esforço de setores da sociedade civil para que haja uma valorização da pessoa idosa, e um melhor entendimento do próprio processo de envelhecimento. O estudo mostra como, na própria instituição pesquisada, ligada a uma universidade pública, há pouco investimento na assistência à população idosa.

Tanto a vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, como a própria ampliação da Estratégia Saúde da Família com potencial, em princípio, para revelar a presença de idosos e famílias em situação de vulnerabilidade social, ou, ainda, a incipiente construção das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso parecem não estar conseguindo propiciar respostas adequadas perante as necessidades dos idosos, como se pode observar no cotidiano do PADI.

A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante. Entretanto, muito há que se fazer para que o Sistema Único de Saúde dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira. Dessa maneira, tanto a Comissão Intergestores Tripartite, como o Conselho Nacional de Saúde, configuram-se como espaços de fundamental importância para a discussão e formulação de estratégias de ação capazes de dar conta da heterogeneidade da população idosa e, por conseguinte, da diversidade das situações vivenciadas pelo programa.

Ao acompanharmos a realidade dos idosos atendidos pelo PADI, verificamos que, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. Tanto o Programa, quanto seus pacientes e

familiares, enfrentam uma série de dificuldades para o acesso de um cuidado integral do idoso. Essas dificuldades incluem a falta de veículo para levar a equipe até o domicílio, problema esse vivido desde 2009. Além do mais, há uma grande carência de recursos humanos, sendo o serviço altamente dependente do trabalho voluntário. Faltam, também, recursos para aquisição de materiais e insumos que possam viabilizar um trabalho de reabilitação mais eficaz. No que se refere à esfera familiar, são marcantes as dificuldades de acesso à medicação, equipamentos de tecnologia assistiva, como órteses, cadeiras de rodas, dispositivos para adequação postural, dietas, sondas etc. Poderíamos dizer que o PADI faz muito pelas pessoas, mas há carências importantes ligadas às condições de vida, baixos valores da aposentadoria recebida (quando há), baixo investimento em equipamentos e medicamentos, contratação de pessoal, que acabam tendo impacto negativo importante na qualidade final do cuidado prestado.

### **Considerações Finais**

Os dados apresentados mostram como as múltiplas dimensões da gestão do cuidado se interpenetram e se complementam, para a produção do cuidado, indicando como a “grade analítica” adotada revelou-se potente para sistematizar e dar sentido para as observações de campo. A dimensão societária, embora aparentemente seja a mais “distante” do núcleo micropolítico do cuidado, acaba tendo muito peso na capacidade de a equipe produzir boas respostas para as necessidades das pessoas.

O estudo indica como a atuação interdisciplinar, para além de transcender os limites das disciplinas, precisa agregar também a participação ativa do usuário, família, sociedade e governo, uma vez que a gestão do cuidado produzida por uma equipe isolada não é suficiente para dar conta de todas as demandas do processo de envelhecimento, como vimos no nosso campo.

Na dimensão sistêmica, a pesquisa mostrou que as dificuldades relacionadas ao cuidado domiciliar concentraram-se na falta de articulação entre a rede hospitalar e rede básica de saúde, sistema de referência e contra-referência e no pouco investimento que o sistema público destina para essa área. Os relatos nos mostram que o programa não mede esforços para construir conexões com outros serviços de saúde, na perspectiva da

construção da integralidade do cuidado, de maneira muito mais informal do que regulamentada para compor o cuidado.

Essa situação nos mostra como a pessoa idosa ainda é pouco valorizada na nossa sociedade, e o quanto que serviços como o PADI acabam buscando alternativas para prover aos seus usuários o mínimo de dignidade por meio de um cuidado humanizado, com alternativas criativas, uma vez que há pouco investimento na assistência à população idosa, sendo esta desenvolvida de forma precária. Em suma, podemos concluir que a produção do cuidado aos idosos é realizada em verdadeiro processo de cogestão entre a equipe e familiares, na qual assume centralidade a articulação entre a rede de suporte formal composta pelo PADI, e a rede de suporte informal composta pela família.

## Referências

- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. (3ª ed.). Lisboa (Portugal): Edições 70.
- Portal Brasil. (2014). *Assistência ao Idoso*. Recuperado em 20 novembro, 2013, de: <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/10/dia-do-idoso-e-comemorado-nesta-quarta-feira-1>.
- Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015 / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- Campos, G.W.S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230.
- Cecilio, L.C.O., & Merhy, E.E. (2003). O singular processo de coordenação dos hospitais. Rio de Janeiro (RJ): *Saúde em Debate*, 27(64), 110-122.
- Cecilio, L.C.O. (2009). A morte de Ivan Ilitch, por Leo Tolstoy: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 13(supl.1), 545-555.
- Cecilio L.C.O. (2011, abr.-jun.). Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15(37), 589-599.
- Fernandes, M.G.M., & Frago, K.M. (2005, jul.-dez.). Atendimento domiciliário ao idoso na atenção primária à saúde. *Revista APS*, 8(2), 173-180.
- Feuerwerker, L.C.M., & Sena, R.R. (2001, set./dez.). Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida?. *Revista Olho Mágico*, 8(3) Recuperado em 10 dezembro, 2011, de: <http://www.ccs.uel.br/olhomagico/N18/enfoque.htm>
- Fontanella, B.J.B., Ricas, J., & Turato, E.R. (2008, jan.). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde. Rio de Janeiro (RJ): *Cad. Saúde Pública*, 24(1), 17-27, (<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>).

Foucault, M. (2007). *O nascimento da Medicina Social. Microfísica do poder*. Roberto Machado, Trad.. (23ª ed.). Rio de Janeiro (RJ): Graal.

Franco, T.B., & Merhy, E.E. (2008, out.). Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. Rio de Janeiro (RJ): *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(5), 1511-1520. Recuperado em 28 maio, 2010, de: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000500016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500016&lng=en&nrm=iso)>.

Giacomozzi, C.M., & Lacer, M.R. (2006, out.-dez.). A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. Florianópolis (SC): *Texto Contexto Enferm*, 15(4), 645-653.

Lemos, N.D., Gazzola, J.M., & Ramos, L.R. (2006, set.-dez.). Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. *Saúde e Sociedade*, 15(3), 170-179.

Mazza, M.M.P.R., & Lefèvre, F. (2005, abr.). Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. São Paulo (SP): *Rev Bras Cresc Desenvol Hum.*, 15(1).

Merhy, E.E. (2007). Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. Desafios para os modos de produzir o cuidado centrado nas atuais profissões. Recuperado em 30 novembro, 2011, de: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/prefessores/merhy>>

Neri, A.L., & Carvalho, V.A.M.L. (2006). O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. Freitas, E. *et al.* (2006). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 778-789. (Cap.94). (2ª ed.). Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.

Paschoal, S.M.P. (1997). Autonomia e Independência. In: Netto, M.P. *Gerontologia*. São Paulo (SP): Atheneu, 313-323.

Ricarte, L.P.C. (2009). Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Conselho da Ribeira Grande. Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem. Recuperado em 25 setembro, 2013, de: [repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19131/2/ESCx.pdf).

Recebido em 01/06/2014

Aceito em 30/06/2014

---

**Mariela Besse** - Terapeuta Ocupacional afiliada à Disciplina de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de São Paulo. Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Mestre em Ciências pela UNIFESP/SP.

**Luiz Carlos de Oliveira Cecílio** - Livre-Docência em Política Planejamento e Gestão em Saúde. Professor Adjunto, Vice-Coordenador da área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e líder do grupo de pesquisa Política, Planejamento e Gestão em Saúde da Universidade Federal de São Paulo.

**Naira Dutra Lemos** - Assistente Social e Coordenadora do Programa de Assistência Domiciliar do Idoso da Universidade Federal de São Paulo, Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo.

E-mail: [nairadutra@uol.com.br](mailto:nairadutra@uol.com.br)

**Nota:**

Este trabalho é resultado de dissertação de mestrado e não há conflitos de interesse envolvidos no mesmo. A pesquisa foi financiada com bolsa de estudo pela CAPES.