

## **Gestão da assistência gerontossanitária nos estados sul-brasileiros: linhas guias de cuidado em perspectiva comparada**

*Management of geronto-sanitary assistance in Southern Brazilian states: care guidelines from a comparative perspective*

*Gestión de la asistencia geronto-sanitaria en los estados del Sur brasileño: líneas guías de cuidado en perspectiva comparada*

Roberth Steven Gutiérrez Murillo

**RESUMO:** O trabalho apresenta uma análise documental comparativa sobre os instrumentos geriátrico-gerontológicos oficializados nos estados sul-brasileiros que, por seu turno, têm por intuito orientar a assistência socio sanitária disponibilizada nos sistemas estadual e municipal de saúde e de assistência social. Nessa linhagem crítica, o texto busca descrever a abrangência desses instrumentos, no tangente à gestão da atenção à saúde do idoso, destacando os modelos de gestão e de assistência geriátrico-gerontológica adotados nos estados do Paraná, de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul. Pretende-se realizar aportes ao estudo do envelhecimento humano, especialmente na visão sanitária, que entende a saúde do idoso como um conceito dinâmico e complexo no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro.

**Palavras-chave:** Saúde do idoso; Serviços de saúde; Linha guia de cuidado em saúde do idoso; Assistência socio sanitária; Gestão gerontossanitária.

**ABSTRACT:** *The paper presents a comparative documental analysis of the geriatric-gerontological instruments made official in the southern Brazilian states, which, in turn, aim to guide the social-sanitary assistance provided in the state and municipal health and social assistance systems. In this critical lineage, the text seeks to describe the scope of these instruments, regarding the management of health care for the elderly, highlighting the models of management and geriatric-gerontological assistance adopted in the states of Paraná, Santa Catarina and Rio Grande do Sul. It intends to make contributions to the study of human aging, especially from the hygienist point of view, which understands the health of older adults as a dynamic and complex concept in the context of the Brazilian Unified Health System.*

**Keywords:** *Health of older adults; Health services; Health care guide for older adults; Social and health assistance; Geronto-sanitary management.*

**RESUMEN:** *El trabajo presenta un análisis documental comparativo de los instrumentos geriátrico-gerontológicos oficializados en los estados del Sur de Brasil, que, a su vez, pretenden orientar la asistencia socio-sanitaria prestada en los sistemas de salud y asistencia social estatales y municipales. En este linaje crítico, el texto busca describir el alcance de estos instrumentos, en lo que respecta a la gestión de la atención a la salud de las personas mayores, destacando los modelos de gestión y asistencia geriátrica-gerontológica adoptados en los estados de Paraná, Santa Catarina y Rio Grande do Sul. Se pretende hacer contribuciones al estudio del envejecimiento humano, especialmente en la visión salubrista, que entiende la salud del anciano como un concepto dinámico y complejo en el contexto del Sistema Único de Salud brasileño.*

**Palabras-clave:** *Salud del adulto mayor; Servicios de salud; Línea guía de cuidados en salud del adulto mayor; Asistencia sociosanitaria; Gestión sociosanitaria.*

## **Introdução**

Vê-se, na atualidade, considerável aumento no número de pesquisas em nível mundial que buscam estabelecer explicações entre os efeitos do envelhecimento humano, sobre a assistência oferecida pelos sistemas públicos de saúde e assistência social, e sobre a responsabilização estatal na busca pela humanização na atenção à saúde do idoso (Camarano, 2013; Minayo & Firmo, 2019). Cumpre destacar, no debate aqui proposto, que o estudo do envelhecimento humano configura quesito de grande interesse para a Saúde Coletiva, já que constata o compromisso estatal em elaborar, implementar e validar normativa específica para

abordar os desafios multidimensionais impostos pelo aumento exponencial da população idosa. Nessa ótica, Silva, Almeida, Mourão, Sol, Cartens e Oliveira (2020), afirmam que:

Para promover saúde, deve-se refletir sobre o objeto do cuidado em saúde, considerando-a como um conceito em construção que depende de fatores sociais, culturais e históricos em cada sociedade. As ações de promoção à saúde dependem da reorientação dos serviços de saúde na busca da atenção integral às pessoas em suas necessidades, visando a alcançar a qualidade de vida em seu sentido mais amplo por meio da luta contra as desigualdades e reafirmação da construção de cidadania (Silva *et al.*, 2020, p. 2).

Nesses cenários, demográfico e assistencial, registra-se o surgimento das Linhas Guias de Cuidados<sup>1</sup> em Saúde do Idoso (doravante LGCSI), que têm por objetivo principal orientar o fluxo do cuidado geriátrico-gerontológico no nível primário em saúde, através da inserção de instrumentos referenciais para resolver as necessidades/demandas da população envelhecida, prioritariamente, dentro das redes locais de atenção primária à saúde (Louvison, Rosa, & Kalache, 2016; Veras, 2016; Veras, & Oliveira, 2018). Desse modo, as LGCSI compõem o marco técnico-assistencial que os profissionais do sistema de saúde e de assistência social devem tomar como norte no cuidado e assistência disponibilizada à pessoa idosa (Agência Nacional de Saúde, 2016; Brasil, 2018; Mendes, 2010). Em tempo, o cuidado geriátrico-gerontológico se constitui pela prática profissional da Geriatria e da Gerontologia, visando a articular os saberes técnicos-teóricos-práticos das ciências sociais e da saúde interessadas pelo estudo multidisciplinar do envelhecimento humano, a fim de proporcionar a fundamentação científica, logo traduzida nos cuidados assistenciais disponibilizados para esse público-alvo.

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG<sup>2</sup>, criada em 1961, é uma associação nacional civil, sem fins lucrativos, que tem por objetivo principal congregar médicos e outros profissionais de nível superior que se interessem pela Geriatria e pela Gerontologia, estimulando e apoiando o desenvolvimento e a divulgação do conhecimento científico na área do envelhecimento. Além disso, visa a promover o aprimoramento e a

---

<sup>1</sup> De acordo com o Ministério da Saúde [s.d.] as linhas de cuidados em saúde possuem três objetivos principais: “1) orientar o serviço de saúde de forma a centrar o cuidado no paciente e em suas necessidades; 2) demonstrar fluxos assistenciais com planejamento terapêuticos seguros nos diferentes níveis de atenção e; 3) estabelecer o percurso assistencial ideal dos indivíduos nos diversos níveis de atenção de acordo com suas necessidades”. Informações extraídas de forma *on-line*, não havendo sido encontrada data específica de publicação. Recuperado em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>.

<sup>2</sup> Informações extraídas do site *on-line* da SBGG, não havendo sido encontrada data específica de publicação. Recuperado em: <https://sbgg.org.br/sbgg/sobre-a-sbgg/>.

capacitação permanente de seus associados. Cabe notar que a SBGG possui seções (núcleos) em quase todos os estados brasileiros, visando a uma maior abrangência e reforçando, desse modo, seu objetivo de capacitar o maior número de profissionais para promoverem a mais eficaz e eficiente atenção às pessoas da maior idade.

As etapas de planejamento, elaboração, validação, e promulgação das LGCSI são, geralmente, esforços coletivos de um grupo de profissionais associados e não-associados à SBGG, que têm por objetivo qualificar a assistência geriátrico-gerontológica estadual, através da reestruturação das redes de cuidado à saúde do idoso, atuando principalmente sobre as realidades locais e os recursos (humanos; materiais; estruturais; e organizacionais) disponíveis. Em importantes ocasiões, as LGCSI surgem pelo interesse estadual de democratizar e humanizar a assistência socio sanitária pensada para grupos vulneráveis, dentre os quais encaixam-se às pessoas com sessenta ou mais anos de idade (Alves, & Paulin, 2015; Veras, 2016; Veras, & Oliveira, 2018).

Embora a literatura brasileira seja escassa, em referência a trabalhos analítico-descritivos que facilitem identificar e comparar as finalidades e os alcances das LGCSI no território brasileiro, é acenar para produção científica que prioriza o relato de experiências bem-sucedidas, estudos que abordam a percepção dos profissionais e usuários e, também, achados que visam a levantar um debate sob os desafios que os municípios e estados enfrentam perante a concretização dos objetivos previstos nas LGCSI (Bruno, 2009).

Percebendo a magnitude e as contribuições da temática, este trabalho releva importância à compreensão do fluxo de atenção e dos cuidados oferecidos à população envelhecida nos estados da região sul-brasileira, por meio da análise comparativa entre as LGCSI existentes na região.

Busca-se, complementarmente, provocar um debate para o fortalecimento das redes brasileiras de gestão da atenção integral à saúde do idoso, reconhecendo a pertinência de articular os conhecimentos técnico-teórico-práticos que visem a promover o envelhecimento ativo e saudável e a humanização dos cuidados oferecidos no Sistema Único de Saúde (doravante SUS).

Diante dos apontamentos acima defendidos, tem-se por objetivos constatar a existência de LGCSI nos estados sul-brasileiros e, conseqüentemente, descrever a abrangência das mesmas, no tangente à gestão e à assistência gerontossanitária disponibilizada nessa região. Para alcançar tais objetivos, optou-se por estruturar o texto em quatro seções.

Inicialmente, foi construído um referencial teórico que contempla, por seu turno, aspectos relativos ao marco jurídico-sanitário da saúde do idoso no cenário brasileiro; ao perfil sociodemográfico da região sul-brasileira e; os impactos do envelhecimento populacional evidenciados nos estados que conformam a região Sul. Em seguida, descreve-se o percurso metodológico adotado nesta pesquisa, na medida em que se apresenta o instrumento empregado na análise comparativa das LGCSI. O texto prossegue com a discussão dos achados, destacando as convergências e divergências neles encontradas. Finda-se o trabalho com breves reflexões, que estimam as contribuições das LGCSI para a gestão e a promoção do envelhecimento ativo e saudável no âmbito do SUS.

## **Referencial teórico**

### *Marco jurídico-sanitário da saúde do idoso no Brasil*

O Brasil tem-se caracterizado por ser um país com atuação recente no que diz respeito à responsabilização estatal em prol da proteção dos cidadãos idosos (Fernandes, & Soares, 2012). Embora a atenção à saúde seja um direito gratuito e universal para todo indivíduo que se encontre sob o território nacional, segundo estipula o Art.º 196 da Constituição Federal (Brasil, 1988), sua concretização tem requisitado a incorporação de normativa pertinente para o alcance da dimensão pretendida, tal seja o caso das políticas nacionais específicas de saúde. Isto posto e, conforme Fernandes, & Soares (2012, p. 1495), “a temática das políticas públicas que tratam sob o envelhecimento humano implica em conhecer suas especificidades para entender a interface entre política e atenção à saúde”. O anterior significa admitir a heterogeneidade socioeconômica, funcional e patológica que caracteriza à população geronte.

O impacto mais significativo da Política Nacional do Idoso – PNI, criada sob a lei n.º 8.842, denotou-se no interesse estatal em acompanhar os desafios contemporâneos do envelhecimento humano em ambas as esferas, individual e coletiva, reconhecendo sua complexidade e heterogeneidade. Isto é, a PNI objetivou “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (Brasil, 1994, Art.º 1). Cabe reforçar que a abordagem multidimensional das diversas questões decorrentes do envelhecimento humano não traduz responsabilidade unicamente na esfera federal, pois sua priorização deve tocar também à família e à sociedade com igual grau de incumbência, justamente porque o almejado é o desenvolvimento da

cidadania, por meio do enfoque da justiça social e do empoderamento cidadão, sem diferenciação pelas questões ligadas à idade (Brasil, 1994, Art.º 3).

Em 2003, com a promulgação do Estatuto do Idoso – EI, evidenciou-se marcante posicionamento do Estado na reivindicação dos direitos fundamentais da pessoa idosa. O EI ditou duas diretrizes essenciais na ressignificação da saúde do idoso no território nacional, pois 1) promoveu a descentralização político-administrativa; e 2) a capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços (Brasil, 2003). Em concordância com Rodrigues, Kusumota, Marques, Fabrício, Rosset-Cruz & Lange (2007, p. 540), o EI “é um documento onde são estabelecidas sanções penais e administrativas para quem descumpra os direitos dos idosos, nele estabelecidos”.

Nessa mesma linha de atuação, em 2006, registrou-se a I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (doravante CNDPI), sendo a primeira intervenção de interesse público, que teve por finalidade reforçar as garantias promulgadas no EI. O resultado mais significativo nesse encontro nacional pôde ser visto pela constituição da Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – RENADI, que desde seu momento de concepção já previu a necessidade de próximos encontros (Brasil, 2006). Desde o surgimento da I CNDPI têm-se registrado um total de cinco conferências, abrangendo temáticas contemporâneas da assistência geriátrico-gerontológica no contexto brasileiro. Referindo por exemplo, a V CNDPI, ocorrida em 2019, teve por temática ‘Os Desafios de Envelhecer no Século XXI e o Papel das Políticas Públicas’ (Brasil, 2018).

Outro mencionável acontecimento foi registrado em 2014, quando, por meio do ‘XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde’, foram oficializadas as ‘Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: Propostas de Modelo de Atenção Integral’, visando reorganizar os cuidados ofertados pelos estados e municípios (Brasil, 2014), configurando:

Estratégias para a organização da atenção à saúde da população idosa no SUS, a partir do Modelo de Atenção Integral: Destaca a importância e o potencial do trabalho em rede; Define como estratégia a integração com os diferentes pontos de atenção do SUS visando à produção do cuidado integral à pessoa idosa, adequado às suas necessidades; Identifica os pontos de atenção estratégicos na Atenção Básica, na Atenção Ambulatorial Especializada, na Atenção Hospitalar Especializada, na Urgência e na Emergência; Além das questões anteriores aponta ainda a importância da articulação intersetorial (Brasil, 2014, p. 6).

Incorporando uma visão ampliada sobre o próprio conceito da saúde do idoso, foi sancionada a lei n.º 2.528, que aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (doravante PNSPI) (Brasil, 2006). À vista primeira, notam-se mudanças drásticas, como por exemplo a redefinição do nome da política (antes nomeada PNI); o reconhecimento das desigualdades sociais; de gênero e da heterogeneidade do processo do envelhecimento, como grandes desafios no âmbito nacional. Não obstante, os aportes mais significativos da PNSPI dizem respeito à reformulação das diretrizes nacionais da saúde do idoso, ora salvaguardando a:

a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social; f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa (Brasil, 2006, Art.º 3, a – h).

Diante dos princípios assistenciais defendidos pela PNSPI, a atenção à saúde do idoso vem ganhando destaque nos debates da Saúde Coletiva, promovendo a adoção de práticas sanitárias mais humanizadas e conscientizando os gestores, profissionais e usuários, sobre sua importância para o aprimoramento do SUS, nas esferas federal, estadual e municipal.

#### *Caracterização sociodemográfica da região sul-brasileira*

De acordo com as aproximações estatísticas oferecidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (doravante IBGE), o Brasil possui uma área territorial compreendida por 8.510.820,623 km<sup>2</sup>, distribuídos entre 26 estados, por sua vez, agrupados em cinco regiões, a saber: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Em 2019, estimou-se uma população de 210.147.125 habitantes, com densidade demográfica de 22,43 hab/Km<sup>2</sup> (IBGE, 2019).

Dados socio sanitários verificados pelo IBGE, identificaram que, até 2018, o grau de escolarização nacional (de 6 a 14 anos) foi de 99,3%; o grau de analfabetismo (+ 15 anos) representou 6,8%; a fecundidade foi dada em 1,77 filhos por mulher e a mortalidade infantil constituiu 12,35 óbitos por cada mil nascidos vivos (IBGE, 2018). O último índice de desocupação nacional demonstrou que 11,80% da população brasileira não possui acesso ao emprego (IGBE, 2019).

A região sul-brasileira está constituída por três estados, tais sejam: Paraná (PR), Rio Grande do Sul (RS) e Santa Catarina (SC). Ao comparar os pesos demográficos, vê-se que nela se concentra 14,26% da população nacional, sendo o Paraná o estado sul-brasileiro mais populoso e com o segundo maior índice densidade demográfica da região. Os três estados apresentam valores muito próximos em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), consumando uma média regional de 0,756.

De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o IDH é uma medida resumida do progresso a longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde. A título de comparação, o último Ranking IDH Global colocou ao Brasil na 75ª posição, categorizando-o como um país com ‘alto desenvolvimento humano’ (ONU, 2015).

**Tabela 01** – Caracterização do perfil demográfico dos estados sul-brasileiros, segundo aproximações do IBGE

Variáveis	PR	RS	SC
Área territorial*	199.305,236 km <sup>2</sup>	281.707,151 km <sup>2</sup>	95.730,921 km <sup>2</sup>
População estimada**	11.433.957 hab	11.377.239 hab	7.164.788 hab
Municípios registrados	399	497	296
Densidade demográfica***	52,40 hab/km <sup>2</sup>	29,79 hab/km <sup>2</sup>	65,29 hab/km <sup>2</sup>
IDH***	0,749	0,746	0,774

\*Projeções 2018; \*\*Projeções 2019; \*\*\*Projeções 2010

Fonte: Banco de dados do IBGE. Elaboração própria do autor (2020)

### *Envelhecimento populacional no contexto sul-brasileiro*

Os efeitos do envelhecimento populacional têm sido observados com relevância na região sul-brasileira, justificados, em parte, pelos altos IDH dos estados que compõem dita região. Isto pode ser traduzido no elevado número de pessoas idosas que ora contam com



expectativa de vida maior. Em efeito a isso, nos últimos anos tem-se avistado imediato crescimento das faixas-etárias septuagenária e octogenária, ou seja, aqueles idosos que ultrapassam à idade preconizadora do envelhecimento humano (sessenta anos) no país.

O trabalho de Wong e Carvalho (2006), levantou importante debate sob o rápido processo de envelhecimento populacional no Brasil e uma série de desafios para as políticas públicas do setor social. Nele, os autores destacam dois condicionantes principais, a saber: 1) a presença de, pelo menos, uma doença crônica não-transmissível (DCNT) representa maiores custos para o sistema de saúde e de assistência social, na medida em que reflete superior demanda de cuidados longitudinais no segmento populacional envelhecido em divergência com as demais faixas-etárias e; 2) o índice de envelhecimento brasileiro, que considera apenas dois grupos etários, mostrará considerável variação positiva em 2025, em relação ao setor produtivo (de 15 a 64 anos de idade) e, em contrapartida, variação negativa em relação ao setor envelhecido (65 ou mais anos de idade).

A Tabela 02 apresenta dados da pirâmide etária de envelhecimento populacional (número absoluto de habitantes registrado), segundo o último censo oficial do IBGE, adotando a classificação etária proposta pela Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS.

**Tabela 02** – Perfil sul-brasileiro de envelhecimento populacional, IBGE, 2010

Faixas-etárias	PR		RS		SC		BR	
	H	M	H	M	H	M	H	M
100 ±	313	620	248	791	126	279	7245	16987
95 – 99	1273	2538	1271	3917	564	1350	31528	66804
90 – 94	4945	8998	5887	14732	2517	5149	114961	211589
85 – 89	15588	23876	17730	38252	7960	14612	310739	508702
80 – 84	36887	50561	42599	76474	18552	29628	668589	998311
75 – 79	64121	80272	73926	113162	32789	45583	1.090,455	1.472,860
70 – 74	99314	114342	112895	149150	52332	64645	1.067,289	2.074,165
65 – 69	133729	151451	155838	187741	73382	83975	2.223,953	2.616,165
60 – 64	180838	201289	217076	247908	106909	116561	3.040,897	3.467,956
<b>TOTAL</b>	<b>447,008</b>	<b>633,947</b>	<b>787,470</b>	<b>832,127</b>	<b>2.951,321</b>	<b>361,782</b>	<b>8.555,656</b>	<b>11.433,539</b>

H: Homens; M: Mulheres

Fonte: Elaboração própria (2020) com base em IBGE: PR; RS e SC (2010)

Das informações acima, nota-se que o RS foi o estado sul-brasileiro com taxa de envelhecimento populacional mais elevada, concentrando superior número de idosos em todas as faixas-etárias. Em linhas gerais, idosos com idades entre 60 e 69 anos representaram o segmento envelhecido mais populoso da região sul-brasileira.

Tais achados são congruentes com a literatura, que projeta expectativa de vida maioral nos idosos ‘mais jovens’, uma vez que as DCNT características da terceira idade não se encontram em estágios tão avançados, quando comparadas com as outras faixas-etárias envelhecidas, isto é, ‘idosos velhos (70 a 80 anos) e idosos mais velhos (mais de 80 anos de idade)’ (Barreto, Carreira & Marcon, 2015; Veras, & Oliveira, 2018).

No tangente à distribuição por sexo, vê-se que as mulheres duplicaram em quantidade, excepto na faixa-etária dos 65 a 69 anos de idade, onde os valores foram, de certo modo, próximos entre os sexos. A acentuada sobrevida das mulheres no processo do envelhecimento populacional é referida na literatura como ‘feminização da velhice’ (Almeida, Mafra, Silva, & Kanso, 2015). Pontualmente, o envelhecimento populacional é um fenômeno social predominantemente feminino, por isso, aspectos relativos ao perfil sociodemográfico e epidemiológico das mulheres devem ser priorizados nas intervenções gerontossanitárias, sem, contudo, desmerecer o perfil masculino.

A título de exemplo, “violência, salários inferiores em comparação aos dos homens na realização das mesmas tarefas, baixo perfil escolar e viuvez precoce” são algumas das principais desvantagens apontadas pela feminização da velhice (Almeida *et al.*, 2015, p. 115).

## **Procedimentos metodológicos**

### *Delineamento do estudo*

Trata-se de um estudo gerontossanitário, do tipo revisão documental, com abordagem qualitativa e de cunho analítico-descritivo. Em relação às características da revisão documental, Cechinel *et al.*, (2016), comentam que:

O uso de documentos para a pesquisa traz uma riqueza de informações, já que elas podem ser utilizadas em várias áreas de ciências humanas e sociais, aproximando o entendimento do objeto na sua contextualização histórica e sociocultural. (...)os documentos podem denotar sentidos diferentes, de acordo inclusive, com a sua fonte e com o conhecimento do leitor. (...) na área

da saúde, citam-se os prontuários dos pacientes, as portarias, as resoluções, os planos de ação, os planos nacionais, estaduais e municipais de saúde. Trabalhar com documentos inspira credibilidade e representatividade (Cechinel *et al.*, 2016, pp. 2-3).

Estudos gerontossanitários são recentes na literatura que envolve à Saúde Coletiva no Brasil. Seu objeto de estudo se centra na análise do perfil de adoecimento e das condições de vida das pessoas idosas, visando a propor intervenções diretas sob tais cenários, que venham a melhorar a qualidade de vida e promover o envelhecimento ativo e saudável, por meio do respeito da dignidade em todas as fases da vida humana. Consideram-se intervenções gerontossanitárias, por exemplo: as políticas específicas sobre o envelhecimento, campanhas sanitárias orientadas às demandas do segmento populacional envelhecido, conferências nacionais sobre o envelhecimento e temáticas a estas vinculadas, entre outras (Murillo, 2020).

### *Tipificação dos documentos*

A Tabela 03 apresenta a relação dos documentos oficiais que foram extraídos dos sítios *on-line* oficiais das secretarias estaduais do Paraná, do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina. A categorização de ‘documento oficial’ expõe à intenção dos estados sul-brasileiros de divulgar as orientações neles contidas, a fim de propagar uma filosofia institucional que mantenha simetria em todos os territórios de abrangência, evitando, desse modo, uma atenção socio sanitária iníqua e desigual entre os diferentes municípios sul-brasileiros.

**Tabela 03** – Caracterização das LGCSI, segundo estado sul-brasileiro de origem

<b>Detalhe</b>	<b>Paraná</b>	<b>Rio Grande do Sul</b>	<b>Santa Catarina</b>
<i>Título oficial</i>	Linha Guia da Saúde do Idoso	Cartilha do Idoso	Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa
<i>Ano de promulgação</i>	2018	2018	2018
<i>Total de páginas</i>	128 págs	147 págs	59 págs
<i>Órgão/Departamento responsável</i>	Secretaria Estadual da Saúde	Assembleia Legislativa do Estado	Secretaria Estadual da Saúde
<i>Associado à SBBG</i>	Sim	Sim	Sim

**Fonte:** Elaboração própria (2020)

### *Instrumento e coleta de dados*

A coleta de dados ocorreu no mês de fevereiro de 2020. Para tanto, foi elaborado previamente um questionário semiestruturado, sendo preenchido de forma fechada (sim ou não), que conferiu existência dos seguintes elementos:

- A. define os aspectos jurídico-sanitários que justificam a elaboração e implantação na rede estadual de assistência social e sanitária ao idoso?
- B. apresenta, de forma clara, as atribuições específicas para os profissionais vinculados à atenção da saúde do idoso?
- C. preconiza a adoção do conceito ampliado da saúde do idoso?
- D. aborda à promoção da autonomia, capacidade e independência funcional, envelhecimento saudável e qualidade de vida como princípios estruturais da saúde do idoso?
- E. estabelece parceria interinstitucional com entidades igualmente responsáveis por realizar atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde do idoso?
- F. estrutura a gestão da clínica geriátrico-gerontológica (nível micro e macro) correspondente aos níveis primário, secundário e terciário no SUS?
- G. contém orientações técnicas para o manejo das principais síndromes geriátricas, segundo categoria profissional?
- H. articula ações multidimensionais com outras políticas nacionais e/ou estaduais?

Para a tabulação dos dados, foi criado um banco virtual, no software *Microsoft Office Word®*, de livre licença, compatível com o sistema operativo iOS, versão *Catalina 10.15.5*. Em seguida, as informações foram agrupadas na forma de tabelas comparativas, para apresentação das observações crítico-descritivas.

### *Análise dos dados*

A etapa de análise dos documentos foi constituída por duas fases. A primeira fase diz respeito à leitura integral das Linhas Guias de Cuidado, na medida em que se buscou proporcionar o domínio dos conteúdos abordados por cada estado, na sua respectiva LGCSI. Nesse sentido, importou entender a abrangência geral e específica da LGCSI. Já na segunda fase, identificaram-se as diferenças entre as LGCSI e apontou-se a relação dos elementos *a – h* do questionário semiestruturado.

### Aspectos éticos

O trabalho analisou documentos que se encontram disponibilizados nas plataformas *on-line* das secretarias estaduais, portanto, não foi necessária a submissão para apreciação do comitê de ética em pesquisa, estando em concordância com as disposições legais do Conselho Nacional da Saúde, sob Resolução n.º 466, de 2012 (Brasil, 2012).

### Resultados

A revisão documental expôs a existência de LGCSI nos estados do Paraná e de Santa Catarina, ambas tendo 2018 como ano de oficialização. No Rio Grande do Sul, conquanto, existe um documento do tipo ‘cartilha informativa’, que contém dados referentes à normativa jurídico-sanitária de envelhecimento humano no Brasil (RS, 2018). A Tabela 04 refere a presença dos elementos que compuseram o *corpus* do instrumento de coleta de dados nos estados observados.

**Tabela 04** – Identificação dos elementos A – I nas LGCSI sul-brasileiras, 2020

Elementos	LGSI/PR	CI/RS	LCAISPI/SC
A	Sim	Sim	Sim
B	Sim	Não	Sim
C	Sim	Não	Sim
D	Sim	Sim	Sim
E	Sim	Sim	Sim
F	Sim	Não	Sim
G	Sim	Não	Não
H	Sim	Sim	Sim

LGCSI/PR: Linha Guia da Saúde do Idoso do Paraná; CI/RS: Cartilha do Idoso do Rio Grande do Sul; LCAISPI/SC: Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa de Santa Catarina.

**Fonte:** Elaboração própria (2020)

Na aplicação do questionário, viu-se que a LGSI/PR atendeu a todos os critérios (A – H) investigados, posicionando-se como o estado com a LGCSI mais abrangente. Em seguida, a LCAISPI/SC também apresentou bons índices (unicamente faltando o quesito G) em relação aos elementos observados. Diferente ao exposto, no Rio Grande do Sul registrou-se inexistência de LGCSI própria que conseguisse refletir, por exemplo, o perfil de

morbimortalidade hospitalar; caracterizar os serviços oferecidos à população envelhecida e; ainda mais agravante, identificar o tipo de gestão gerontossanitária adotada pelo estado. O que se tem, entretanto, é uma cartilha informativa que promove o reconhecimento dos direitos expressos pelo EI (Brasil, 2003). Não obstante, é acenar que a CI/RS conseguiu atender quatro elementos dos oito investigados (A, D, E, H).

A LGSI/PR tem por objetivo “oferecer à população idosa paranaense o cuidado oportuno e eficiente para que alcance o envelhecimento ativo e saudável, com qualidade de vida, independência e autonomia pelo máximo de tempo possível” (Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA/PR, 2018). A LCAISPI/SC, por sua vez, objetiva “subsidiar na reorganização da atenção e desenvolvimento de ações estratégicas de saúde para a pessoa idosa, com ênfase nas ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos, tratamento e reabilitação” (Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina – SESA/SC, 2018).

Contemplando as visões institucionais em longo prazo, a LGSI/PR visa a “ser, até 2025, Estado reconhecido como referência em Atenção à Saúde do Idoso por ter sua rede de atenção efetivamente qualificada, integrada, resolutiva e humanizada” (SESA/PR, 2018, p. 22). Para isto, a LGSI/PR preconiza quatro valores que devem estar presentes em todas as ações/atividades gerontossanitárias desenvolvidas no território paranaense, sendo: a ética; a inovação; a competência e; a equidade (SESA/PR, 2018, p. 22). Em Santa Catarina, a LCAISPI/SC propõe orientar os municípios na implementação do instrumento de gestão geriátrica-gerontológica para articular uma rede equitativa de cuidados socio sanitários e desenvolver ações estratégicas em saúde do idoso. Como valores institucionais, a LCAISPI/SC adota a integralidade; a equidade; a responsabilidade compartilhada e; a dignidade humana (SESA/SC, 2018). Sem indicação mediada por objetivo explícito, a CI/RS oportuniza o reconhecimento dos direitos fundamentais do idoso no marco socio sanitário e afirma a filosofia da integralidade assistencial que deve estar presente nos sistemas de saúde locais rio-sul-grandenses (RS, 2018).

Autonomia; capacidade e independência funcional; envelhecimento ativo/saudável e; qualidade de vida são termos pregoados pelos três estados sul-brasileiros. Deles, decorre a prática geriátrico-gerontológica, que privilegia a utilização de instrumentos com validação/comprovação internacional, tais sejam: Índice de Katz, Escala de Lawton, Escala de Depressão Geriátrica, Mini-Exame do Estado Mental, Estratificação de Risco, Escala Ambiental de Risco de Quedas e Classificação Clínico-Funcional do Idoso (SESA/PR, 2018; SESA/SC, 2018; RS, 2018).

Tais instrumentos geriátrico-gerontológicos devem ser incorporados nos sistemas de atenção local e devidamente apropriados pelos profissionais que se encontram em contato constante com idosos, nas redes locais de assistência sanitária e social.

Por ser condição amplamente registrada na literatura gerontológica e geriátrica, ambas a LGSI/PR e a LCAISPI/SC cedem especial relevância ao tratamento e acompanhamento das DCNT típicas da maior idade, especialmente através do fortalecimento das ações de prevenção de agravos e promoção da saúde (SESA/PR, 2018; SESA/SC, 2018). Igualmente, merece menção que os termos fragilidade; iatrogenia; polifarmácia; sarcopenia e; senilidade são abordados unicamente pela LGSI/PR e pela LCAISPI/SC, não havendo sido encontrada informação ao respeito na CI/RS.

A gestão gerontossanitária estabelece uma série de atribuições para ambos os níveis de governo estadual e municipal, assegurando sua continuidade nos territórios abrangidos, dentre os quais podem ser citados:

Conhecer, reconhecer, monitorar, acompanhar e avaliar as necessidades de saúde das pessoas idosas, considerando sua capacidade funcional e a heterogeneidade dos processos de envelhecimento; definir as funções, responsabilidades e competências de cada nível de atenção na produção do cuidado à pessoa idosa; estabelecer normas e fluxos entre os níveis e pontos de atenção, no que diz respeito ao acesso e cuidado ofertado às pessoas idosas; mapear, organizar e articular os recursos dos diferentes territórios, serviços e pontos de atenção da RAS para proporcionar a atenção integral, considerando as articulações intersetoriais necessárias; promover a Educação Permanente dos profissionais da RAS e estabelecer parcerias com outros setores, para a realização de educação permanente da rede intersetorial, quanto ao processo de envelhecimento e de cuidado da população assistida (SESA/SC, 2018, p. 11).

Outrossim, aspectos relevantes são a estruturação da gestão da clínica geriátrico-gerontológica; o processo de trabalho dos profissionais da saúde e da assistência social e; as atribuições próprias para cada profissão. Nesse primeiro enquadramento, sobressai que:

A coordenação do cuidado deve ser desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente nos locais e comunidades em que vivem essas populações (...) O olhar

“macro” permite a estruturação de políticas públicas amplas, ofertando cuidados gerais e coletivos. Por outro lado, o olhar “micro” leva à identificação das condições e necessidades de cada sujeito, em sua singularidade, permitindo a construção de projetos terapêuticos específicos. O olhar para cada indivíduo permite identificar sinais de alerta de situações que demandam intervenções oportunas a fim de se evitar ou minimizar as possibilidades de declínio ou perda funcional (SESA/SC, 2018, p. 38). Como ordenadora da rede, deve reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (...) A estratégia de atenção à saúde do idoso adotada pelo Estado do Paraná tem seus fundamentos nos conceitos de fragilidade e avaliação multidimensional da saúde do idoso descritos anteriormente e seu fluxo está fortemente ancorado na Atenção Primária à Saúde – APS, que tem papel fundamental desde a busca ativa dos idosos, passando pela classificação de risco, manejo clínico e compartilhamento do cuidado com o nível secundário (SESA/PR, 2018, p. 98).

As atribuições aludidas a cada profissão devem partir da compreensão teórico-técnico-prática imputada à APS. Deve-se entrelaçar consciência sobre o processo de avaliação multidimensional da saúde do idoso, refletindo diretamente nas atividades profissionais para cada área do conhecimento.

No caso do Paraná, a LGSI/PR explicita adoção do Modelo de Avaliação Multidimensional Hierarquizada – MAMH<sup>3</sup> (SESA/PR, 2018). Por outro lado, a LCAISPI/SC admite que “a equipe de Saúde da Família e demais equipes, tem um papel fundamental na ordenação do cuidado ofertado à saúde da pessoa idosa e na realização do acolhimento e da Avaliação Multidimensional da Saúde do Idoso” (SESA/SC, 2018). Em contrapartida, não houve especificação sobre atenção multidimensional da saúde do idoso na CI/RS.

---

<sup>3</sup> Permite um processo diagnóstico global e amplo, envolvendo o paciente e sua família, com a finalidade de verificar a saúde do idoso como um todo. Consiste na busca de informações referentes a vários aspectos: funcionalidade global, sistemas funcionais (cognição, humor, mobilidade, comunicação), sistemas fisiológicos principais, uso de medicamentos, história pregressa e fatores contextuais (avaliação sociofamiliar, ambiental e do cuidador). Moraes *et al.*, (2016) .



## Discussão

Ao serem complemento de políticas de cunho socio-sanitário, as LGCSI assumem o desafio de olhar para esse grupo etário na sua totalidade, considerando suas potencialidades e dificuldades, propondo intervenções em concordância com as capacidades do sistema socio-sanitário brasileiro. Sem embargo, a normativa específica sobre envelhecimento humano vigente não é sinônimo imediato de elevada taxa de cobertura estadual das necessidades dos cidadãos idosos, em face do rápido crescimento populacional e a sobrecarga apontada principalmente na APS.

Tal situação tem sido abordada através da descentralização político-administrativa e da integralidade e humanização dos cuidados ofertados. Os desafios da gestão pública (na qual se insere a gestão gerontossanitária) também têm sido foco de análise multidimensional por vários cientistas brasileiros. Destaca-se a observância de Krüger, De Moraes. & Sobieranski (2020, p. 153), mencionando que:

Nos anos de 1990 e 2000 observou-se no Estado brasileiro a intensificação das ideologias e de práticas de gestão pautadas na contrarreforma, as quais submetem progressivamente as necessidades sociais aos interesses econômicos. Esta chamada de inovação está significando a redução do tamanho do Estado no atendimento às necessidades da cidadania e vem sustentando a concepção de que não cabe ao Estado a responsabilidade de provisão social, e sim à sociedade (mercado). Esta perspectiva de gestão vem instaurando uma nova racionalidade em termos políticos, ideológicos, jurídicos e culturais para gestão das políticas sociais, ao permitir que se transforme parte do patrimônio público em serviços mercantis. Esta racionalidade despreza a cultura forjada nos anos de 1980 e trata com ironia a esquerda democrática, a fim de despolitizar as políticas sociais do Estado democrático, em nome da liberdade do mercado (Krüger, De Moraes & Sobieranski, 2020, p. 153).

As LGCSI se inserem no contexto das Redes de Atenção à Saúde – RAS, norteadas pelos princípios doutrinários do SUS, quais sejam: a integralidade; a universalidade e; a equidade em saúde (Brasil, 2018). RAS, conceitualmente, são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas

de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010). No eixo da gestão e organização dos cuidados decorrentes do envelhecimento populacional, as RAS são tidas como Redes de Atenção à Saúde do Idoso – RASI, configurando eminente campo de atuação das LGCSI. Seu enfoque é diferenciado das outras RAS específicas, posto que priorizam a organização das necessidades de saúde e de assistência social da população envelhecida, a partir de estudos da demanda gerontossanitária (Brasil, 2010; Brasil, 2018; Camarano, 2013; Mendes, 2010; Veras & Oliveira, 2018).

A existência de LGCSI em diferentes estados brasileiros remete, sobretudo, ao fato de o Brasil ser um país com um sistema de saúde descentralizado, cabendo-lhe às esferas estadual e municipal, em auxílio da federal, igual grau de incumbência da gestão, do planejamento, da avaliação e da qualificação de sua própria RASI, quando existente. Isso porque o desafio contemporâneo do envelhecimento populacional brasileiro admite que os territórios são dinâmicos, apresentando características divergentes em todos os setores de intervenção.

No marco constituinte das LGCSI, é fundamental revistar as orientações contidas na Portaria n.º 2.488, que sancionaram à Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, definindo as funções da atenção básica, para:

I -Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária; II - Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais; III - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede,

protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinelas e incidentes críticos, dentre outros. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da micro regulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade; IV - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (Brasil, 2011).

A filosofia de ação das LGCSI permite afirmar que estas operam em plena consonância com as novas Diretrizes da Atenção Básica do SUS, sendo: regionalização e hierarquização; territorialização; população adscrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede e participação da comunidade (Brasil, 2017; Brasil, 2018). Nem mais nem menos, a atual PNAB faz especial ênfase na prática do acolhimento em todas as relações do cuidado ‘*profissional – usuário*’, tendo-o como mecanismo de ampliação/facilitação do acesso; postura, atitude e tecnologia do cuidado e; dispositivo de reorganização do processo de trabalho em saúde (Brasil, 2017).

Em decorrência do anterior e, quando da adoção e promulgação da LGCSI, o que se espera é dar espaço prioritário para o fortalecimento da rede estadual e municipal de APS, em efeito da qualificação e aprimoramento dos sistemas de saúde e de assistência social sobre temáticas contemporâneas de interesse gerontossanitário. Reforçando o dito, Fernandes e Soares (2012), explicam que:

O Estado deixa de ter papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), que poderia otimizar o suporte familiar. As diversas propostas da Política Nacional de Atenção à Pessoa Idosa estão bem delineadas e traçadas, porém, cabe aos gestores dos serviços governamentais — não só de saúde — e à equipe de saúde debater as prioridades de atenção e fomentar uma política em rede. De modo geral, os idosos brasileiros vivem, na sua maioria, na comunidade e a Atenção Primária à Saúde é uma estratégia importante para diminuir a fragmentação do cuidado e aumentar a rede de

cuidados ao idoso por meio da Saúde da Família (Fernando, & Soares, 2012, p. 1501).

Eis que as LGCSI visam a (re)estruturar a organização dos cuidados geriátrico-gerontológicos tendo como pilar à APS e como sujeito de interesse principal à família (Brasil, 2018). Para além de ser a base da sociedade brasileira, afirma-se que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (Brasil, 1988, Art.º 226; Art.º 230).

Propriamente porque o perfil epidemiológico do idoso demonstra alta correlação de dependência funcional, dificuldade de locomoção e fraco acompanhamento das orientações providenciadas pela rede de atenção básica, no que tange às DCNT (Rodrigues *et al.*, 2007; Ferreira *et al.*, 2012), evidencia-se elevada demanda de cuidados individuais com alongados períodos de monitoramento, logo traduzidos em altos custos financeiros para o SUS. Sendo que o tipo de cuidado preconizado “deve ser oferecido/executado preferencialmente no lar do idoso” (Brasil, 1988, Art.º 230, Inc 1), é que as LGCSI buscam especial atuação no contexto da atenção domiciliar; no núcleo familiar; e/ou social do idoso. A atenção domiciliar<sup>4</sup>, no Brasil, é norteada pela Política Nacional de Atenção Domiciliar – PNAD, assim definida sob Portaria n.º 2527 (Brasil, 2011), visando a:

Reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (Brasil, 2011, Art.º 3).

Para Veras (2016, p. 898) o atendimento domiciliar “constitui uma modalidade de atenção substitutiva ou complementar às já existentes, prestadas em domicílio, com garantia de continuidade e integração a redes de cuidado”. Pires *et al.* (2013, p. 649), citam como principais desafios da atenção domiciliar “a fragmentação das ações; a formação

---

<sup>4</sup> De acordo com o Art.º 2, inciso II: *Atenção Domiciliar*: nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde; inciso III: *Cuidador*: pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o usuário em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

excessivamente técnica dos profissionais; a escassez de métodos de planejamento e; o pouco uso das informações disponíveis para o planejamento”.

A implicação técnico-assistencial das LGCSI também ilumina aspectos jurídico-sanitários dos estados sul-brasileiros em acatamento às normas nacionais, tal seja o caso da adoção de instrumentos específicos no tratamento de determinadas situações geriátricas, a identificação; notificação e punição do descaso profissional e familiar à luz dos direitos reconhecidos na velhice e; não menos importante, o constante aprimoramento dos serviços socio-sanitários e da justa disponibilização dos recursos.

Parecidamente, a observação levantada por Placideli *et al.*, (2020), recalca a importância da avaliação dos serviços na atenção à saúde do idoso como estratégia fundamental para o fortalecimento das RASI, especialmente quando o objetivo é seu aprimoramento. De igual modo, “devem ser considerados o pensamento crítico do serviço, as avaliações clínicas e outros indicadores de prioridade dentro deste universo, como idade mais avançada, fragilidade, nível de dependência, dentre outros” (Santos, Andrade, Silva & Souza, 2015, p. 51).

As LGCSI evocam uma mudança imediata do cuidado geriátrico-gerontológico hegemônico, pois: 1) os profissionais da saúde e da assistência social precisam, assim, para desempenhar suas atribuições profissionais em consonância com as orientações estaduais, se apropriar das informações contidas nas LGCSI, não porque essas venham a aumentar a demanda de tarefas, mas porque seu real objetivo é o dotá-los dos conhecimentos teóricos e práticos para que consigam se desenvolver no campo do envelhecimento humano sem limitações evitáveis; 2) cabe-lhe às secretarias estaduais da saúde: qualificar sua força de trabalho por meio da constante atualização profissional; providenciar os recursos necessários no processo de implantação das LGCSI à nível municipal; monitorar o desenvolvimento das atividades obrigatórias; promover espaços de conscientização interna e externa, que tenham como finalidade às boas práticas de gestão e inspeção gerontossanitária; além do acompanhamento das demandas espontâneas (Machado, Bagatini & Lunardelli, 2016; Brasil, 2018).

Embora tenha-se evidenciado inexistência de LGCSI no Rio Grande do Sul, é justo informar que ações do tipo são desenvolvidas pelas instâncias correspondentes. Mesmo na sua ausência, destacam-se importantes informes estaduais, tal seja o caso do relatório preliminar publicado em 2018, intitulado ‘Situação do Cuidado à Saúde da Pessoa Idosa no Estado do Rio Grande do Sul: Levantamento das Ações Municipais em Saúde da Pessoa Idosa’. No referido documento, discute-se a atenção à saúde nos níveis primário, de média complexidade,

hospitalar e farmacêutica nos municípios rio-sul-grandenses (Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul – SESA/RS, 2018). Em condição alarmante, o documento expressa:

No que se refere à Educação Permanente em relação ao envelhecimento e saúde da pessoa idosa dos trabalhadores da rede municipal (independente do nível de complexidade ou tipo de estabelecimento), os dados trazidos pelos municípios respondentes também despertam alerta - somente 19% da amostra afirma abordar a temática nesse tipo de atividade (SESA/RS, 2018, p. 15).

O modelo brasileiro do cuidado integrado ao idoso é composto por cinco níveis, a saber: acolhimento; núcleo integrado de cuidado; ambulatório de geriatria; curta duração e; longa duração (Minayo & Firmo, 2020; Veras, 2016). Dessa forma, a assistência sanitária ao idoso exige da interlocução entre todos os níveis, mas não obriga à ativação de todos simultaneamente. Citando, por exemplo, um simples atendimento de rotina na APS não predispõe atendimento hospitalar desse idoso. Entretanto, agravamento do quadro patológico significaria na possível internação hospitalar, ora aproveitando as informações produzidas pelo acolhimento, núcleo integrado do cuidado e/ou ambulatório de geriatria. Nesse cenário, poder-se-ia falar em intervenção de curta ou longa duração.

Imaginada de forma integral, a atenção à saúde do idoso demanda do compromisso estatal na medida em que requisita da existência de um marco jurídico-sanitário que vá em sincronia com as diretrizes assistenciais do SUS e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Todavia, a simples incorporação da LGCSI na rede estadual e/ou municipal de saúde e de assistência social não irá atender os desafios do envelhecimento populacional brasileiro. É essencial que exista uma mudança do paradigma assistencial na atenção à saúde do idoso. Isto é, a prática rotineira de comportamentos empáticos por parte dos profissionais, desfeitos do julgamento ou moralização do ciclo *saúde – doença – cuidados*, e uma ressignificação social das questões ligadas ao envelhecimento humano, onde se naturalize à velhice como mais uma fase de vida humana, com pariforme respeito do princípio da dignidade humana e da autonomia.

As mudanças nos modelos de gestão gerontossanitária devem ser aplicadas tanto no entorno interno como no externo dos sistemas de assistência local. Em relação a isto Veras (2016), refere:

Visando à eficácia do modelo assistencial, deve-se ampliar a gestão da informação, valorizar o conhecimento científico e reduzir o poder absoluto

das máquinas. Torna-se necessário mudar a lógica assistencial, que se encontra defasada. Por este motivo, os gestores devem buscar intervenções que visem diminuir o uso das instâncias avançadas de cuidado (entre elas o hospital), ampliar a oferta de cuidados em instâncias mais leves (entre as quais, o núcleo integrado de cuidado), sempre que possível em caráter preventivo, fora do ambiente hospitalar (Veras, 2016, p. 889).

Em seguida, “os modelos de atenção para esse segmento etário precisam ser centrados na pessoa, considerando suas necessidades especiais. O cuidado deve ser gerenciado desde a entrada no sistema até o fim da vida, com acompanhamento constante” (Veras, 2016, p. 891). Faz-se mister, nesse sentido, ressaltar a corresponsabilidade da esfera municipal, no que diz respeito à incorporação das diferentes tecnologias assistenciais em saúde no seu território de incumbência. Se bem, as LGCSI nascem do pronunciamento estadual, essas, por sua vez, agem em concordância com as diretrizes nacionais sobre envelhecimento humano (Brasil, 2006; Brasil, 2018).

Assim, os municípios devem, a fim de alcançar o desenvolvimento simétrico dos sistemas de saúde e de assistência social, reclamar da esfera estadual a implantação (envolvendo todos os aspectos da gestão gerontossanitária no âmbito macro e micro) e a qualificação/aprimoramento do recurso humano (envolvendo educação permanente e continuada), permitindo a obtenção de resultados mais eficazes e imediatos, em relação aos objetivos nelas traçados. Isto porque as LGCSI têm por pretensão maior promover o envelhecimento saudável e impulsionar a qualidade de vida dos gerontes, em observância das questões multidimensionais relacionadas ao processo do envelhecimento social; biológico; cronológico e cultural.

Nos cenários de corresponsabilidade supramencionados, o processo de incorporação; validação; e autorreconhecimento da LGCSI por parte dos profissionais da rede local, constitui chave mestre para atender as demandas socio sanitárias dos idosos; enfrentar os principais problemas identificados no serviço e; consolidar o saber teórico-técnico-prático do envelhecimento humano. Tal registro poderia ser tomado como elemento replicador de práticas socio sanitárias equitativas; universais e; integrais pregadas pelo SUS e pelo SUAS.

## Reflexões finais

O presente trabalho constituiu panorama comparativo da gestão gerontossanitária sul-brasileira, evidenciando a abrangência dos instrumentos estaduais referenciadores da atenção socio sanitária direcionada à população envelhecida. Para esse fim, adotou-se a revisão documental que implicou na leitura integral das LGCSI do Paraná e de Santa Catarina, destacando, por sua vez, a inexistência desse tipo de instrumento geriátrico-gerontológico no Rio Grande do Sul. Nesse último caso, correspondeu à leitura da Cartilha do Idoso.

Em especial menção, não se deve correr o risco de analisar a gestão da assistência gerontossanitária de forma atemporal. É preciso, primeiramente, entender que a elaboração e implantação de instrumentos geriátrico-gerontológicos é sucedida pelo esforço coletivo dos profissionais comprometidos com o cuidado integral à saúde do idoso; ademais, cabe mencionar que o produto final (documento oficializado) é resultado multisetorial de todos os atores sociais incumbidos pelo cuidado multidimensional das necessidades socio sanitárias da pessoa envelhecida.

Os documentos analisados se encontram à vanguarda dos cuidados preconizados por renomadas instituições internacionais da área, citando por exemplo: OPAS; *American Geriatrics Society*, *Asociación Latinoamericana de Gerontología Comunitaria*, entre outros, na medida em que expressam como princípios assistenciais a integralidade; a universalidade e a longitudinalidade dos cuidados ofertados, sendo essas características nítidas do envelhecimento humano. Retém-se que autonomia, independência funcional, e dignidade humana constituem norte filosófico das ações gerontossanitárias desenvolvidas nos estados sul-brasileiros, vistas através do prisma biopsicossocial da saúde humana.

Em ambos os casos, no Paraná e em Santa Catarina, a assistência técnica da SBGG foi fundamental nos processos de planejamento; elaboração; validação e; implantação das LGCSI. Tal situação denota, mais uma vez, que o trabalho interprofissional na área da saúde constitui ferramenta ativa para a melhoria e ampliação dos serviços assistenciais e redes de cuidado específicas. Nesse entendimento, os benefícios se comportam de forma bilateral, pois o SUS e o SUAS conseguem qualificar e aprimorar às ações desenvolvidas na RASI e, por outro lado, os profissionais dessas redes adquirem e integram conhecimentos e atitudes complementares entre as diversas áreas, criando vínculos positivistas na produção dos atos gerontossanitários. Tais atos gerontossanitários medem o desempenho socio sanitário na região sul-brasileira e



podem servir, desse modo, como exemplo para aqueles estados brasileiros nos quais a incorporação de LGCSI não tem sido consolidada.

Finalmente, apontar que a gestão gerontossanitária pode ser, por si, uma das práticas mais complexas e inovadoras para o SUS e o SUAS. Esse debate prossegue em todos os domínios da saúde, nas esferas individual e coletiva. Para seu real alcance, torna-se fundamental a existência do diálogo entre todos os setores de interesse público e também da participação do setor privado, consagrando, assim, as disposições jurídico-sanitárias do ordenamento interno brasileiro sobre o envelhecimento humano.

## Referências

Agência Nacional de Saúde. (ANS, 2016). *Notícias ANS: ANS apresenta novos modelos para cuidado em saúde* [24/05/2016]. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/3328-ans-apresenta-novos-modelos-para-cuidados-em-saude>.

Almeida A. V., Mafra, S. C. T., Silva, E. P., & Kanso, S. (2015). Feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos & Contextos*, 14(1), 115-131. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2015.1.19830>.

Alves, C. B., & Paulin, G. S. T. (2015). Linha do cuidado ao idoso na atenção primária à saúde: uma perspectiva das ações da terapia ocupacional. *Cadernos de Terapia Ocupacional*, 23(3), 571-800. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0481>.

Barreto, M.S., Carreira, L., & Marcon, S.S. (2015). Envelhecimento populacional e doenças crônicas: reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Revista Kairós Gerontologia*, 18(19), 325-339. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2015v18i1p325-339>.

Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]*. Brasília, DF. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).

Brasil. (1994). Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994. *Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências*. Brasília, DF. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm).

Brasil. (2003). Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003. *Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências*. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm).

Brasil. (2006a). Lei n.º 2.528, de 19 de outubro de 2006. *Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html).

Brasil. (2006b). Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos do Idoso. *Texto-Base da I Conferência Nacional de Direitos do Idoso “Construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – RENADI”*. Recuperado em 08 novembro, 2020, de:

[https://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Idosos/regulamento\\_relatorio\\_1\\_conferencia\\_direitos\\_pessoa\\_idosa.pdf](https://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Idosos/regulamento_relatorio_1_conferencia_direitos_pessoa_idosa.pdf).

Brasil. (2010). Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010. *Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html).

Brasil. (2011a). Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html).

Brasil. (2011b). Portaria n.º 2.527, de 27 de outubro de 2011. *Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527\\_27\\_10\\_2011\\_comp.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011_comp.html).

Brasil. (2014). Ministério da Saúde. *Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no sus: proposta de modelo de atenção integral. XXX congresso nacional de secretarias municipais de saúde*. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_cuidado\\_pessoa\\_idosa\\_sus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf).

Brasil. (2017). Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).

Brasil. (2018a). Decreto n.º 9.620, de 20 de dezembro de 2018. *Convoca a 5ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa*. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <https://www.mdh.gov.br/todas-as-noticias/2018/dezembro/convocada-a-5a-conferencia-nacional-dos-direitos-da-pessoa-idosa/DecretoConferencia.pdf>.

Brasil. (2018b). Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no sistema único de saúde – SUS. *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégias*. Brasília, DF, 2018. (95p.). Recuperado em 08 novembro, 2020, de: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_atencao\\_pessoa\\_idosa.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf).

Bruno C. T. S. (2009). *A linha de cuidado do idoso nas redes assistenciais de Fortaleza-CE: visão dos gestores*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade Estadual de Ceará. (137p.). Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/1017>.

Camarano, A. A. (2013). O novo paradigma demográfico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(12), 3446-3447. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001200001>.

Cechinel, A., Fontana S. A. P., Della, K. G. P., Pereira, A. S., & Prado, S. S. (2016). Estudo/análise documental: uma revisão teórica e metodológica. *Criar Educação*, 5(1), 1-7. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <http://periodicos.unesc.net/criaredu/article/view/2446/2324>.

Fernandes, M. T. O., & Soares, S. M. (2012). O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, 46(6), 1494-1502. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600029>.

Ferreira, O. G. L., Maciel, S. C., Costa, S. M. G., Silva, A. O., & Moreira, M. A. P. (2012). Active aging and its relationships to functional dependence. *Texto Contexto Enfermagem*, 21(3), 513-518. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300004>.

Gottlieb, M. G. V., Schwanke, C. H. A., Gomes, I., & Cruz, I. B. M. (2011). Envelhecimento e longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbimortalidade dos idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(2), 365-380. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000200016>.

IBGE. (2017). *Portal Cidade: Rio Grande do Sul*. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/panorama>.

IBGE. (2017). *Portal Cidade: Santa Catarina*. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/panorama>.

Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística, IBGE, (2017). *Portal Cidade: Paraná*. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/panorama>.

Krüger, T. R., Sobieranski, C. B., & Moraes, B. V. (2020). EBSERH no HU da UFSC: da resistência à gestão pela empresa. *Revista Katálysis*, 23(1), 152-164. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <https://doi.org/10.1590/1982-02592020v23n1p152>.

Louvison, M. C. P., Rosa, T. E., & Kalache, A. (2016). Linhas de cuidado de saúde da pessoa idosa e estratégias para todas as idades em busca da integralidade. *Anais do 12º Congresso Internacional da Rede Unida*. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <http://conferencia2016.redeunida.org.br/ocs/index.php/congresso/2016/paper/view/5929>.

Machado, R. Z., Bagatini, C. L. T., & Lunardelli, P. S. (2016). O apoio institucional como ferramenta de gestão: o caso da macrorregião metropolitana do RS. *Boletim da Saúde*, 25(1), 21-34. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/2869/o-apoio-institucional-como-ferramenta-de-gest%C3%A3o:-o-caso-da-macrorregi%C3%A3o-metropolitana-do-rs>.

Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2297-2305. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.

Minayo, M. C. S. (2019). Longevidade: bônus ou ônus. *Ciências & Saúde Coletiva*, 24(1), 4-4. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.31212018>.

Moraes, E. N., Carmo, J. A., Moraes, F. L., Azevedo, R. S., Machado, C. J., & Montilla, D. E. R. (2016). Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. *Revista de Saúde Pública*, 50(81), 1-10. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963>.

Murillo, R. S. G. (2020). Institucionalização estatal do envelhecimento humano na República da Costa Rica: desafios atuais e perspectivas gerontossantiárias futuras. In: Souza Junior, A. B., Mourelle, M., Borba, R., & Pinheiro, R. (Orgs.). *Estado e Políticas Públicas*. Rio de Janeiro, RJ: Pembroke Collins. (462p.).

Organização das Nações Unidas. (ONU, 2005). *Ranking de IDH global. Relatório de desenvolvimento humano*. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idh-global.html>.

Paraná. (2018). Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA/PR. *Linha guia da saúde do idoso*. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: [https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2020-04/linhaguiasaudeidoso\\_2018\\_atualiz.pdf](https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/linhaguiasaudeidoso_2018_atualiz.pdf).

Pires, M. R. G. M., Duarte, E. C., Göttems, L. B. D., Figueiredo, N. V. F., & Spagnol, C. A. (2013). Fatores associados à atenção domiciliária: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 47(3):648-56. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000300018>.

Placideli, N., Castanheida, E.R.I., Dias, A., Silva, P.A., Carrapato, J.L.F., Sanine, P.R., et al. (2020). Avaliação da atenção integral ao idoso em serviços de atenção primária. *Revista de Saúde Pública*, 56(6), 1-14. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001370>.

Rio Grande do Sul. (2018). Assembleia Legislativa. *Cartilha do idoso: atividades, direito, participação e saúde*. Porto Alegre, RS. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: [http://www.al.rs.gov.br/FileRepository/repdcp\\_m505/CSMA/Cartilha%20do%20Idoso%202018.2.pdf](http://www.al.rs.gov.br/FileRepository/repdcp_m505/CSMA/Cartilha%20do%20Idoso%202018.2.pdf).

Rio Grande do Sul. (2018). Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul – SESA/RS. *Relatório preliminar. Situação do Cuidado à Saúde da Pessoa Idosa no Estado do Rio Grande do Sul Levantamento das Ações Municipais em Saúde da Pessoa Idosa*. Porto Alegre, RS. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190349/27124914-situacao-saude-pessoa-idosa-rs-2015-2018.pdf>.

Rodrigues, R. A. P., Kusumota, L., Marques, S., Fabrício, S. C. C., Rosset-Cruz, I., & Lange, C. (2007). Política Nacional de Atenção ao Idoso e a contribuição da enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 16(3), 536-545. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000300021>.

Santa Catarina. (2020). Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina – SESA/SC. *Linha de cuidados para a atenção integral à saúde da pessoa idosa*. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexos-deliberacoes-2018/14727-anexo-307-linha-de-cuidado-a-saude-do-idoso-em-sc/file>.

Santos, C. T. B., Andrade, L. O. M., Silva, M. J., & Souza, M. F. (2015). O percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 26(1), 45-62. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100005>.

Silva, V. V., Almeida, A. C. V., Mourão, L. C., Sol, N. A. A., Carstens, L. A., & Oliveira, J. G. (2020). Prevenção ao tabagismo entre crianças e adolescentes. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(2), 1-9. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <https://doi.org/10.25248/reas.e2306.2020>.

Veras, R. (2016). Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(6), 887-905. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160205>.

Veras, R., & Oliveira, M. (2018). Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo envelhecer: uma conquista da nossa sociedade; precisamos garantir que seja com saúde e qualidade! *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1929-1936. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>.

Wong, L. L. R., & Carvalho, J. A. (2006). O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, 23(1), 5-26. Recuperado em 08 novembro, 2020, de: <https://doi.org/10.1590/S0102-30982006000100002>.

Recebido em 10/06/2020

Aceito em 30/03/2021

**Roberth Steven Gutiérrez Murillo** - Sanitarista Bacharel em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA). Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Universidad Europea del Atlántico (UNEATLANTICO/Espanha). Sanitarista Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (UNILA). Acreditação Internacional Nível Básico na Atenção à Saúde do Idoso, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2018).

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2304-3241>

E-mail: [stevengumu@gmail.com](mailto:stevengumu@gmail.com)