

Ciência Atual

Revista Científica
Multidisciplinar das
Faculdades São José

2015

Volume 5 | Nº1



FACULDADES
SÃO JOSÉ

ISSN 2317-1499

TRABALHO MULTIPROFISSIONAL: NECESSIDADES REAIS E AS POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA.

Multiprofessional work: needs and public policies in the care of the elderly

Tássia Aparecida Martins de Carvalho

Pós – graduando (a) em Saúde na Comunidade / Faculdade de Medicina / USP – Ribeirão Preto

Natália Michelato Silva

Pós - graduanda em Enfermagem Fundamental / Escola de Enfermagem/ USP- Ribeirão Preto

Natália de Cássia Onuzik

Pós – graduanda em Saúde e Nutrição / Universidade Federal de Ouro Preto

Augustus Tadeu Relo de Mattos

Pós – graduando (a) em Saúde na Comunidade / Faculdade de Medicina / USP – Ribeirão Preto

Maíra de Oliveira Viana

Pós – graduando (a) em Saúde na Comunidade / Faculdade de Medicina / USP – Ribeirão Preto

Elaine Cristina Gonçalves

Pós – graduando (a) em Saúde na Comunidade / Faculdade de Medicina / USP – Ribeirão Preto

Anderson Saranz Zago

Professor Doutor do departamento de Educação Física / Faculdade de Ciências / UNESP – Bauru

AUTOR CORRESPONDENTE

Prof. Dr. Anderson Saranz Zago

Departamento de Educação Física / Faculdade de Ciências / UNESP

Av Eng. Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01. Bairro Vargem Limpa - Bauru – SP / CEP: 17033-360

Telefone: (14) 3103-6082 – ramal 7991 - e-mail: aszago@fc.unesp.br

Tássia Aparecida Martins de Carvalho

Rua Coronel Francisco Adolfo, nº 18, apartamento 304. Bairro: Centro - São Sebastião do Paraíso- MG/
CEP: 37950-000

Telefone: (16) 98265-8782 - e-mail: tassianutri@yahoo.com.br

Natália Michelato Silva

Rua Mariana Amaral, nº 148. Bairro: Centro - São Sebastião do Paraíso- MG/ CEP: 37950-000
Telefone: (35) 3531-2301 - e-mail: natmichelato@yahoo.com.br

Natália de Cássia Onuzik

Rua José Dias de Moura Junior, 89. Bairro: Vila Ipê. - São Sebastião do Paraíso, MG / CEP: 37.950-000.
e-mail: nutricaoufop@gmail.com

Augustus Tadeu Relo de Mattos

Rua João Gomes Frossard, nº 460, apartamento 21. Bairro: Jardim Nova Aliança. - Ribeirão Preto- SP/
CEP: 14026586
Telefone: (16) 32892903 - e-mail: augustus@fmrp.usp.br

Maíra de Oliveira Viana

Rua Canuto de Aguiar, nº 600, apartamento 1000. Bairro: Meireles - Fortaleza, CE/ CEP: 60160-120
Telefone: (85) 86325243 - e-mail: maira.ov@gmail.com

Elaine Cristina Gonçalves

Rua Ângelo Pignata, 124. Bairro: Parque Residencial Francisco Paschoal. - Sertãozinho, SP / CEP: 14177-232
e-mail: elacrisg@yahoo.com.br

SUPORTE FINANCEIRO

Os autores declaram que não houve financiamento.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RESUMO

A população mundial está envelhecendo e, concomitante, vem ocorrendo uma alteração no perfil de morbimortalidade, o qual era antes caracterizado por doenças infectocontagiosas e atualmente por doenças crônicas não transmissíveis. A partir dessa mudança surge a necessidade de uma adaptação no sistema de saúde que requer novas competências dos profissionais. Assim, faz-se necessário conhecer o processo de envelhecimento e estabelecer medidas de prevenção. Essas questões ainda estão longe de atingir o ideal, porém, muitos programas do governo e as universidades têm buscado se aprimorar e adaptar a esta mudança por meio de uma pluralidade de ações e intervenções seja de caráter preventivo ou de promoção de saúde visando à prestação de uma assistência mais resolutiva e humanizada através do trabalho multiprofissional.

Palavras-Chave: Envelhecimento populacional; Doenças crônicas não transmissíveis; Sistema de saúde; Promoção de saúde.

ABSTRACT

Concomitant with the aging process there is an increasing of incidence of chronic diseases. So, it emerges the need for adaptation in the health system that requires new skills of healthcare professionals in order to serve this population. Therefore, it is necessary to understand the aging process and establish preventive measures. These issues are still far from achieving the ideal, however, many government programs and universities have sought to improve themselves and adapt to this change through a plurality of actions and preventive or health promotion intervention which provide a more resolute and humanized care plan through a multidisciplinary approach.

Keywords: Aging, Chronic non-communicable disease, health system, Health Promotion.

INTRODUÇÃO

A população mundial está envelhecendo e essa mudança no perfil demográfico está ocorrendo devido a diversos fatores, tais como: diminuição da taxa de fecundidade, redução da taxa de mortalidade, avanços tecnológicos e científicos, especialmente na área da saúde e, aderência a um estilo de vida mais saudável (AREOSA; AREOSA, 2008; RAMOS, 2003). Este processo refere-se à mudança na estrutura etária da população, gerando um crescimento de pessoas acima de uma idade determinada, considerada como definidora do princípio da velhice, que varia de sociedade para sociedade e depende de fatores biológicos, econômicos, ambientais, científicos e culturais (CARVALHO; GARCIA, 2003). Dessa forma, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1974) ao conceituar idoso, considerou a idade e o grau de desenvolvimento do país, propondo o limite de 65 anos ou mais de idade para os países desenvolvidos e 60 anos ou mais para os países em desenvolvimento.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o número de idosos residentes no Brasil corresponde a aproximadamente 20 milhões e meio, e a expectativa é para 50 milhões em 2050. Junto com o processo natural de envelhecimento, tem-se observado também uma mudança no perfil de morbimortalidade, antes caracterizado pela prevalência das doenças infectocontagiosas e atualmente pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) (FRAZEN et.al., 2007). As DCNTs são geralmente caracterizadas por longo período de latência que inclui alguns fatores de risco bem conhecidos, pelo processo prolongado da doença de origem não contagiosa, pela incapacidade funcional e incurabilidade. Além disso, muitas doenças transmissíveis globalmente importantes, como por exemplo, a AIDS, a polio, entre outras, possuem características crônicas (MCQUEEN, 2007). Conforme a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2009), para o ano de 2025 estima-se que 75 a 80% da população com 60 anos ou mais apresentarão ao menos uma condição crônica. As DCNTs mais prevalentes são as doenças cardiovasculares, as respiratórias, o diabetes e o câncer (WHO, 2012).

NECESSIDADES REAIS

As condições crônicas comprometem o desempenho funcional de muitos idosos aumentando a dependência destes na realização das Atividades da Vida Diária (AVDs) em torno de 5% na faixa etária de 60 anos e evoluindo para cerca de 50% na população acima dos 90 anos. Estas condições caracterizam-se muitas vezes por estados de longa permanência, necessitando de cuidados constantes, dada a complexidade, sendo que muitas vezes existe a associação de múltiplas doenças ou comorbidades com consequências relevantes para a qualidade de vida dos idosos. Em uma situação extrema em que ocorre a associação da velhice avançada com a incidência de doenças crônicas, a dependência não apenas dos familiares, mas também dos serviços de saúde é de extrema importância para que o idoso consiga viver com dignidade. Essa é uma situação que traz medo, necessitando de ações que procurem evitar ou postergar a dependência, o que se coloca como desafio para as famílias e para os serviços de saúde, quase sempre não preparados para lidar com o envelhecimento e os seus desdobramentos (BRASIL, 2006).

Essa realidade requer novas competências dos serviços e dos profissionais de saúde. De acordo com Motta e Aguiar (2007) há uma grande distância entre as competências definidas pelos conteúdos das políticas de atenção ao idoso e os currículos dos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde que dão pouca ênfase para a questão do envelhecimento, o que dificulta as boas práticas de atenção a essa população. Assim, a falta de preparo dos profissionais, em particular dos recém-formados, pode prejudicar uma assistência que esteja atenta para a identificação precoce das situações de risco e fragilidade com consequente perda da autonomia e da independência do idoso. Outras necessidades que têm se colocado como prioridade na atenção à saúde da população idosa e representam um desafio na mudança dessas práticas, é o enfoque para doenças crônicas visando à prevenção ou diminuição das suas complicações, como por exemplo, o diabetes mellitus e a hipertensão arterial, assim como a necessidade em conhecer o processo de envelhecimento e da mesma forma estabelecer medidas de prevenção, como, por exemplo, diminuição da força muscular ocasionando instabilidade postural, e consequentemente quedas. O conhecimento destas particularidades, tanto dos agravos de saúde que acometem o idoso quanto das consequências naturais do envelhecimento são de extrema importância para o planejamento de estratégias que possam proporcionar um envelhecimento saudável e com qualidade de vida. No geral, a ocorrência de condições crônicas como alterações sensoriais, dificuldades para mobilização, distúrbios alimentares, incontinência urinária, quedas e prejuízo na cognição são comuns na população idosa e isto requer uma apurada avaliação da capacidade funcional e física do idoso, reforçando que é necessário uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, o que ainda não tem sido rotina em boa parte dos serviços de saúde (MOTTA; AGUIAR, 2007). A articulação dos diferentes saberes possibilita diversificar os olhares sobre um mesmo objeto, ampliando as possibilidades de intervenção em determinado problema (PEREIRA et.al., 2013), entretanto, do ponto de vista das adequações em relação ao processo de trabalho nos serviços de atenção à saúde da pessoa idosa, o trabalho multiprofissional e a interdisciplinaridade surgem como um enorme desafio buscando superar o cuidado fragmentado, que de acordo com Brito-Silva et.al. (2012) é uma característica do SUS mas que está sendo considerado insuficiente para responder a complexidade e diversidade dos problemas de saúde da população. Ainda, de acordo com Vasconcelos (2002), essa fragmentação tem início nas próprias instituições formadoras e seus departamentos que não estimulam a comunicação e o desenvolvimento de uma cultura de valorização do trabalho interdisciplinar, o que mostra na prática a divisão técnica social do trabalho.

O SISTEMA DE SAÚDE E AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À POPULAÇÃO IDOSA

A população idosa brasileira vem obtendo conquistas importantes do ponto de vista legal com a promulgação do Estatuto do Idoso, o qual tem dado auxílio no direcionamento das políticas públicas para que possam ser cada vez mais adequadas no processo de integração, colocando a saúde como elemento chave devido ao forte impacto que esta exerce na qualidade de vida deste segmento populacional. O sistema de saúde do Brasil, através da criação da Política Nacional de Atenção à Pessoa Idosa, tem dado prioridade à promoção do envelhecimento saudável, manutenção da capacidade funcional, reabilitação da capacidade funcional, capacitação de recursos humanos especializados, assistência às necessidades de saúde da pessoa idosa, apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e apoio a pesquisas e estudos envolvendo a saúde do idoso. Essa política determina que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, entendida como a perda das habilidades mentais e físicas necessárias para realizar as atividades básicas e de vida diária (BRASIL, 2006).

Tanto as doenças físicas quanto as mentais podem levar à dependência e, conseqüentemente, à perda da capacidade funcional. Essa política tem como elemento central o despertar sobre a importância de melhorar as habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida e a eliminação de comportamentos que trazem agravos à saúde. O Pacto pela Vida prevê a garantia de ações prioritárias sobre a saúde do idoso, apresentando uma série de ações que visam à implementação de diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. Dentre essas ações estão o envelhecimento ativo e saudável; a atenção integrada à saúde da pessoa idosa; integralidade da atenção; a implantação de serviços de atenção domiciliar; acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando os critérios de risco, provimento de recursos capazes de assegurar qualidade de atenção à saúde; fortalecimento da participação social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde na área de saúde do idoso (BRASIL, 2006). Entretanto, raramente têm-se esses direitos garantidos, o que gera uma importante contradição. Embora muitas discussões venham sendo realizadas acerca do tema envelhecimento, as ações necessárias para as mudanças não parecem estar claras para os serviços públicos e para a sociedade em geral. Há uma necessidade urgente de implementar o que está assegurado na legislação, disposto no Artigo 15 do capítulo IV 'Do Direito à Saúde' do Estatuto do Idoso/ Ministério da Saúde (2003, p.13):

É assegurada a atenção de forma integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS (Sistema Único de Saúde), sendo garantido o acesso igualitário e universal, em conjunto articulado e continuado das ações e serviços, para promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo atenção especial às patologias que afetam preferencialmente os idosos.

Uma das possíveis explicações para essa contradição pode encontrar fundamento nas considerações do relatório da OMS (2003) constatou que os sistemas de saúde são organizados de forma a priorizar casos episódicos e agudos que atualmente não atendem a necessidade de muitos pacientes, principalmente aqueles com doenças crônicas. As condições crônicas requerem gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas, e atualmente estão em ascensão em todo o mundo. Levando em conta a nossa realidade com um processo de envelhecimento acelerado e a mudança nos padrões de morbidade em que prevalecem as doenças crônicas não transmissíveis, é de extrema importância lembrar que muitos idosos são portadores, em média, de pelo menos três enfermidades crônicas e a probabilidade de internação hospitalar pode ser até 20% maior em decorrência dessas múltiplas condições (CARBONI; REPPETTO, 2007).

Diante desta realidade, o sistema de saúde brasileiro tem o desafio de estruturar-se, orientado pelas políticas públicas estabelecidas de forma a considerar o impacto do envelhecimento nos serviços, a alta incidência de doenças crônicas não transmissíveis com a alta utilização dos sistemas, elevando assim os custos e necessidades distintas e progressivas de assistência (SCHNEIDER et al., 2009; THORPE; HOWARD, 2006).

NOVOS RUMOS NO CONTEXTO DO ENVELHECIMENTO

A necessidade de mudanças na forma de abordagem dos idosos por parte dos profissionais de saúde é imperativa, e nesse novo contexto em que as DCNT apresentam-se com alta prevalência, principalmente entre idosos, é importante levar em consideração os fatores de risco para essas condições. A identificação de fatores de risco tem um papel de extrema importância nesta abordagem podendo ser classificados em não modificáveis e modificáveis. De acordo com Mendes (2012), os fatores não modificáveis são o sexo, a idade e a herança genética, e os modificáveis são o tabagismo, a alimentação inadequada, o sedentarismo, o excesso de peso, o uso abusivo de álcool dentre outros. Segundo o autor, uma política de prevenção de condições de saúde deve ser baseada em um sistema de vigilância focado nos fatores de risco modificáveis e estruturado na análise de tendências de morbimortalidade, que se relacionem com as condições crônicas, análise e crítica de indicadores, fontes de dados, buscando se aprimorar e monitorar os fatores de risco através de inquéritos de saúde regulares, indução e apoio às ações de prevenção das patologias crônicas, bem como avaliação das intervenções. Há necessidade de se implantar a vigilância dos fatores de risco em todos os níveis de gestão: nacional, estadual, regional e local. As ações de prevenção sobre os fatores de risco podem ser realizadas tendo como base comunidades, populações e/ou indivíduos, podendo ser operacionalizada por meio de processos de estratificação de riscos e nos âmbitos macro, meso e microsociais.

O mesmo autor acredita que os governos têm papel fundamental na prevenção de condições de saúde, especialmente, na proteção de grupos vulneráveis. Muitos acreditam que se as pessoas desenvolvem condições crônicas em função de comportamentos ou de estilo de vida inadequados, acabam tornando-se responsáveis por suas enfermidades. Contudo, a OMS adverte que a responsabilidade individual só pode ser atribuída quando as pessoas têm acesso igualitário a uma vida saudável e recebem apoio para tomar decisões sobre sua saúde.

No plano macro citado, as intervenções são realizadas por meio de elaboração de legislação específica para os fatores de risco, aumento de impostos dos bens produtores das condições de saúde. Segundo o autor, neste plano, os governos têm atuado de forma insuficiente por várias razões como: deixar de atuar sobre os fatores de risco advindos de estilo de vida, colocando a responsabilidade para cada indivíduo mudar seu comportamento (culpabilização da vítima); dificuldade de desenvolver ações intersetoriais efetivas; há enfrentamento de grande reação de grupo de interesse como as indústrias de bebida, tabaco, alimentação, entre outros; há uma dificuldade de avaliar os resultados dos programas de prevenção na rotina e por longo prazo. Como consequência, ocorre pequeno investimento em programas de prevenção e promoção. No plano meso, as intervenções preventivas devem ser feitas em comunidades, nos ambientes de trabalho e escolares. Existe um reconhecimento de que a prevenção dos riscos é geralmente mais eficiente quando voltada para populações do que para indivíduos, porém essas intervenções baseadas na população precisam ser complementadas com ações preventivas, desenvolvidas no plano de pequenos grupos e individual. No nível micro, o espaço de atuação para prevenção é o das Unidades de Saúde, em especial as Unidades de Saúde da Família. Os grupos de população para intervenções preventivas de condições de saúde podem ser jovens, adultos, crianças, idosos, grupos vulneráveis conforme etnicidade, gênero, renda ou condição de saúde (MENDES, 2012).

A Saúde Coletiva se caracteriza por um campo no qual o trabalho em equipe é central, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade estão contidas em sua definição, e os princípios de equidade e integralidade estão no cerne de sua operacionalização. A política de descentralização da saúde, impulsionada por instrumentos normativos e sustentada por programas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Interiorização de Trabalho em Saúde (PITS), requer pessoal com formação voltada para a atuação em saúde coletiva, ou seja, recursos humanos capazes de colaborar com outros profissionais e de apoiar estratégias para o desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais (MOTTA, 2007; PAIM, 2006).

Esses profissionais atuantes na saúde precisam fazer parte de uma prática interdisciplinar e multiprofissional, porém há desafios para o aparelho formador da atenção à saúde e da necessidade de avançar na direção da interdisciplinaridade, pois não devem pautar-se em intervenções baseadas no modelo biomédico hegemônico, com enfoque no estudo da doença, de modo a tornar secundários e a reduzir aspectos sociais, econômicos e subjetivos na determinação do processo saúde-doença, pois trata fenômenos complexos como princípios primários simples (MOTTA 2007; CAMPOS, 2000). O processo educativo vai além da graduação e do saber médico ao avançar para uma educação focada no trabalho interdisciplinar e em equipe. A questão acadêmica acerca da interdisciplinaridade deve emergir da crítica à fragmentação do saber e da produção de conhecimento científico (MOTTA, 2007) e deveria ocorrer desde a formação do profissional, ou seja, na universidade (PEREIRA et.al., 2013). Mendes e Caprara (2012) realizaram um estudo avaliando uma universidade brasileira que implementou uma grade curricular interdisciplinar nos cursos de graduação. Neste estudo há um destaque positivo para este método, pois além de uma forte conexão entre o ensino-aprendizagem, há uma melhora da capacidade de reflexão crítica por parte estudantes diante dos vários problemas da sociedade.

Desta forma, na formação de recursos humanos para a atenção à saúde da população idosa há um consenso de que se necessita ter como direção a aplicação do modelo biopsicossocial ao processo de envelhecimento e na necessidade de práticas multiprofissionais e interdisciplinares (MOTTA; AGUIAR, 2007).

Segundo Ramos (2001), a aquisição de competências para a atenção à saúde do idoso deve ser entendida como um mecanismo subjacente que possa permitir a integração de vários conhecimentos e atos necessários à realização da ação, de modo que possa mostrar os recursos empregados em busca da solução para um problema.

A atuação multiprofissional consiste numa modalidade coletiva que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais, que permite grandes relações interpessoais, formando uma equipe de integração e agrupamento, o que favorece a ocorrência da discussão e articulação de saberes, facilitando a formulação de uma melhor organização dos serviços de saúde, tendo sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da Saúde. (ROSA; LABATE, 2005; SILVA; TRAD, 2005).

No entanto, há uma fragmentação na assistência ao idoso, sendo isso resultado de um processo iniciado com base na consciência da necessidade de especialização para um maior aprofundamento nas áreas do conhecimento, que fez o pensamento humano caminhar para esta estratégia, culminando numa hiperespecialização, hoje amplamente criticada por suas consequências mutiladoras e simplificadoras da realidade e da concepção humana. Se por um lado esta fragmentação alcançou avanços científicos nas diferentes áreas do conhecimento, por outro, estes avanços, em seu uso ambivalente, trouxeram também expressões das barbáries da mão do homem que não privilegiam a condição e a ética humana e que demonstram insensibilidade ante a realidade (AZEVEDO; SOUZA; MARQUES, 2006).

O envelhecimento, muitas vezes, tem sido estudado de forma isolada (descontextualizada), tratando seus constituintes como se não fizessem parte de uma rede de interações e, conseqüentemente, não influenciando as iniciativas multidisciplinares. Este pensamento simplificador tem gerado ações preventivas e de tratamento relacionadas à incapacidade funcional, fato que pouco contribui para a valorização das relações interdisciplinares com outras áreas, como as pesquisas com foco qualitativo. O desenvolvimento de prevenção e tratamento, permeados por concepções de envelhecimento como fenômeno complexo, pressupõe a compreensão de que a complexidade é realimentada constantemente, formando uma teia tecida diariamente nas interações entre acontecimentos, sentimentos e ações (MORIN, 2000).

Tomando as considerações feitas até o momento, cabe ressaltar a importância da implementação dos NASFs (Núcleos de Apoios à Saúde da Família), considerando o seu potencial para o apoio das equipes de atenção primária em busca de resposta adequadas às reais necessidades de saúde, entre as quais o desafio da atenção à população idosa, buscando soluções criativas e fundamentadas na prática multiprofissional e interdisciplinar com respostas mais resolutivas (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde criou o NASF através da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, e cuja composição deve ser feita por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, definidos pelos gestores municipais, de acordo com a necessidade de cada realidade, atuando conjuntamente com os profissionais das equipes de Saúde da Família, e deve orientar-se pelas diretrizes da Atenção Primária em Saúde: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2009).

Paralelamente, a portaria ministerial que cria o NASF, a revisão da Política Nacional de Humanização- PNH, de 2008, traz uma importante inovação em relação ao processo de trabalho em equipes multiprofissionais na direção da implementação de práticas interdisciplinares visando não apenas humanizar o cuidado, mas também para que seja mais resolutivo. Dessa forma o Projeto Terapêutico Singular (PTS) pode ser classificado como uma ferramenta para as equipes de saúde sendo "um conjunto de propostas com condutas terapêuticas articuladas para um sujeito ou coletivo, produto da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se for necessário", principalmente para os casos mais complexos (BRASIL, 2008).

Há uma mudança na lógica nas antigas "discussões de casos clínicos" sendo, agora, realizada por diferentes olhares em que não somente o aspecto biomédico (exames, medicações, diagnóstico) é tratado, mas também outros aspectos que estejam envolvidos no caso, permitindo a valorização do olhar dos outros profissionais, o que acontece de maneira integrada, e quando houver necessidade, definem-se propostas de ação coletivamente respeitando a área de conhecimento de cada integrante (BRASIL, 2008).

Uma sistematização pode auxiliar na operacionalização do PTS, como por exemplo, a escolha dos casos que deve acontecer de acordo com prioridade de cada família e a geração de um espaço permanente para as reuniões estimulando o vínculo entre os membros. Não há regras fixas com relação ao tempo, mas em um único encontro é possível realizar uma discussão aprofundada de propostas. Essas recomendações básicas são importantes para a sequência ou momentos que apresentam-se na construção do PTS, como a avaliação física, psicológica e social que permitem identificar riscos e vulnerabilidades. Neste sentido são necessários: a) buscar o entendimento de como a pessoa se comporta com a sua doença, quais são os seus desejos, o seu trabalho, a cultura da família e sua rede social de apoio; b) criação de metas com propostas de ação a curto, médio e longo prazo negociadas com a pessoa através do integrante da equipe que tiver maior aproximação; c) distribuição de tarefas entre cada integrante da equipe e, d) avaliar novamente o andamento do processo fazendo ajustes necessários na busca pelo cuidado (BRASIL, 2008). Este novo arranjo não mais se constitui num espaço de divisão de tarefas, mas abre a oportunidade para uma ação mais dialógica entre médicos, psicólogos, fisioterapeutas, educadores físicos, nutricionistas, dentre outros profissionais da saúde, em que cada área pode expressar suas opiniões valorizando a expressão e o conhecimento de cada participante da equipe, constituindo-se numa oportunidade ímpar de exercitar a interdisciplinaridade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante desta nova demanda de saúde e da relevância das DCNT como problema de saúde pública, mostra-se necessária a reestruturação do sistema nos níveis de saúde (RAMOS et al., 1993), assim como a adoção de um modelo eficaz de atenção à saúde do idoso que compreenda atividades organizadas em um fluxo hierarquizado e que possam ser realizadas de forma independente, mas que se relacionem entre si (LOURENÇO et al., 2005), garantindo a equidade no acesso aos cuidados de saúde, e ações de promoção à saúde e prevenção de doenças como bases para um envelhecimento saudável (HOSKINS et al., 2005).

Mudanças na formação dos profissionais de saúde para atuar no cuidado à população idosa são eminentes. Reformular os programas que contemplem as atuais demandas dessa população seja nos programas de residência médica como a residência em clínica médica, geriatria e medicina de família e comunidade, assim como os programas de residência multiprofissional em saúde que qualificam profissionais para trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), definindo prioridades e necessidades de investimentos para a prestação de uma assistência de qualidade considerando as distintas realidades do país (MOTTA; AGUIAR, 2007).

Não há soluções simples para a complexa questão do envelhecimento. O modelo de atenção à saúde vigente não tem sido capaz de dar respostas adequadas às necessidades de saúde da população idosa, quer pelo preconceito, quer pela deficiência na formação e na qualificação dos profissionais de saúde. Embora várias questões necessitem serem melhores compreendidas em torno do envelhecimento, temos algumas certezas: primeiro de que temos muito pouco tempo para efetivar as mudanças, as quais são necessárias e já garantidas em legislações como a Política Nacional de Saúde do Idoso e do Estatuto do Idoso, segundo, que a mudança no processo de trabalho deve ser pautada por relações mais horizontais e dialógicas entre os profissionais de diferentes áreas, e, finalmente, que a atenção do idoso, dada a sua natureza, só poderá ter suas necessidades atendidas se realizadas por equipes multiprofissionais, em que a coesão dos diferentes conhecimentos permitam a pluralidade de intervenções e ações, seja de caráter de promoção de saúde ou preventivo as doenças, visando a prestação de uma assistência com mais resolução e humanizada em direção a qualidade de vida.

AGRADECIMENTOS

Aos alunos matriculados na disciplina "Promoção de Saúde e Envelhecimento saudável" do curso de pós-graduação em Saúde na Comunidade / USP – Ribeirão Preto, que contribuíram para as discussões abordadas neste manuscrito

REFERÊNCIAS

- AEROSA, S. V. C.; AEROSA, A. L. Envelhecimento e dependência: desafios a serem enfrentados. *Revistas Textos & Contextos*, Porto Alegre, v.7, n.1, p.138-150, jan./jun. 2008.
- AZEVEDO e SOUZA, V. B.; AZEVEDO e SOUZA, R.; MARQUES, C. P. Interdisciplinaridade/transdisciplinaridade: uma relação dialógica de autonomia/ dependência. In: HACKMANN, B.; STEIN, N. R. (Orgs.). *Reflexões sobre a formação de professores*. Taquara, RS: Faccat. 2006, p.26-35.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 20 out., 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na Escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica. Série B. Textos básicos de Saúde. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 27, Brasília 2009. p.160.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA. Série Pactos pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A. F. B.; TANAKA, O. Y. Direito a saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para a sua efetivação. *Interface: Comunicação, saúde e educação*, v.16, n.40, p.249-59, 2012.
- CARBONI, R. M.; REPPETTO, M. A. Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet], v.9, n. 1, p.251-260, 2007. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a20.htm>>. Acesso em: 11 set. 2013.
- CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p.725-733, 2003.
- Ministério da Saúde/ Estatuto do Idoso. Capítulo IV. Do Direito à Saúde. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, p.29-41.
- FRANZEN, E.; ALMEIDA, M. A.; ALITI, G.; BERCINI, R.; MENEGOM, D. B.; RABELO, E. R. Adultos e idosos com doenças crônicas: implicações para o cuidado de enfermagem. *Rev HCPA*, v. 27, n. 2, p.28-31, 2007.
- HABICHT, J. P.; VICTORIA, C. G.; VAUGHAN, J. P. Evaluation designs for adequacy, plausability of public health programme performace and impact. *International Journal of Epidemiology*, v. 28, p.10-18, 1999.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2010. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/ Acesso em: 16 ago. 2012.
- LOURENÇO, R. A.; MARTINS, C. S. F.; SANCHEZ, M. A. S.; VERAS, R. P. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 2, p.311-318, 2005.
- MCQUEEN, D. V. Continuing efforts in global chronic disease prevention. *Preventing Chronic Disease*, v. 4, n. 2, p.1-2, apr. 2007.

MENDES, E. V. O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O Imperativo da Consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, L. C. B.; CAPRARA, A. Interdisciplinary bachelor's degree in health: analysis of a new higher education curriculum in Brazil. *Interface: Comunicação, saúde e educação*, v.16, n.42, p.719-31, 2012.

MORIN, E. O método IV: as ideias. Porto Alegre: Ed. Sulina, 1998.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersectorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p.363-372, 2007.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Mundial sobre Cuidados Inovadores para Condições Crônicas. Brasília (DF), 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Rede Inter-agencial de Informações para a Saúde, 2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Planificación y organización de los servicios geriátricos. Informe de um Comitê de Expertos, Genebra (Série de Informes técnicos, 548), 1974.

PEREIRA, R. C. A.; RIVEIRA, F. J. U.; ARTMAN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. *Interface: Comunicação, saúde e educação*, v.17, n.45, p.327-40, 2013.

RAMOS, L. R.; ROSA, T. E. C.; OLIVEIRA, Z. M.; MEDINA, M. C. G.; SANTOS, F. R. G. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 27, n. 2, p.87-94, 1993.

ROSA, W. A. G., LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-Am Enfermagem*, v.13, n.6, p.1027-1034, 2005.

SCHNEIDER, K. M; O'DONNELL, B. E.; DEAN, D. Prevalence of multiple chronic conditions in the United States Medicare population. *Health and Qual of Life Outcomes*, v.7, n.1, p.1-11, 2009.

SILVA, I. Z. Q. J; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, P.25-38, 2005.

THORPE, K. E.; HOWARD, D. H. The rise in spending among Medicare beneficiaries: the role of chronic disease prevalence and changes in treatment intensity. *Health Aff*, v. 25, n. 5, p.378-388, sep./oct. 2006.

VASCONCELOS, E. M. Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis: Ed. Vozes, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Chronic diseases. Disponível em www.who.int: Acesso em: 23 ago.2012.



www.saojose.br | (21) 3107-8600
Av. Santa Cruz, 580 - Realengo - Rio de Janeiro