

VULNERABILIDADES NO ENVELHECIMENTO E PRÁTICAS INTERDISCIPLINARES NA GESTÃO DO CUIDADO INTERSETORIAL NA PERSPECTIVA DA CLÍNICA AMPLIADA E DA ESTRATÉGIA ESTUDO DE CASO.

Alcantara, A.S.I. Ribeiro, I.A.S, Lages, J.B.S

Instituto de Assistência Social e Cidadania – IASC

iasc@recife.pe.gov.br

INTRODUÇÃO:

O envelhecimento, fenômeno natural em todo o mundo, no Brasil, tem crescido rápido, há muitas pessoas idosas, e os que estão em velhice avançada (80 anos), compõe o segmento hoje de mais de 12% da população. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) refere 20 milhões (60 anos) serão 10% da população brasileira. Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS refere que no intervalo 1950 a 2025, este grupo aumentará em quinze vezes, tornando-nos o sexto lugar com 32 milhões com 60 anos ou mais de idade. Tais dados informam a necessidade do aperfeiçoamento e criação de praticas efetiva de cuidado em ações multidimensionais para o envelhecimento saudável e ativo. O direito universal e integral à saúde conquistado na Constituição 1988, reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das Leis Orgânicas da Saúde (8.080 e 8.142/90), têm o objetivo de assegurar atenção a toda população, por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo integralidade da atenção, indo ao encontro das diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos. Tal contexto exige equipe interdisciplinar capazes de atitude ético-política nas ações e práxis profissional no tocante ao estabelecimento e a formação de uma sociedade do cuidado - cuidar e ser cuidado. Este trabalho tem o objetivo de promover o cuidado integral e a intersectorialidade nas ações de proteção social e promoção da saúde da Pessoa Idosa nas Políticas da Assistência Social, Saúde e Sistema de Garantia de Direitos da cidade do Recife – PE na perspectiva do cuidado e da clinica ampliada, defendendo a ferramenta estudo de caso e a sistematização do acompanhamento interdisciplinar contínuo.

É função das políticas públicas o cuidado integral, as de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem idades avançadas com o melhor estado de saúde possível, sendo o envelhecimento ativo e saudável, o principal objetivo, bem como o tratamento das vulnerabilidades e acesso aos direitos o principal objeto da Assistência Social, entretanto, o cuidar é o único lugar possível às duas. Segundo Boff (2011), “o que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude” revela uma ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro. Pensar o cuidado exige também uma observação participante, um olhar sociológico para o fenômeno onde as histórias dos idosos/as nos remetem ao ato, a atividade e à intencionalidade resolutiva, afirmado a atitude política, pois que seu nascedouro é a contradição, a dialética. Para Minayo (2000) a observação participante é a parte qualitativa no conjunto da investigação, e também um método em si para a compreensão da realidade. Assim, o Estudo de Caso na perspectiva da clínica ampliada tornou-se uma ferramenta institucional da alta complexidade para responder aos objetivos do trabalho de reinserção da pessoa idosa no território por uma equipe interdisciplinar no matriciamento da família, comunidade e rede. Em se tratando de Políticas Públicas, sabe-se que a pesquisa, o diálogo, e a gestão e planejamento conjunto do projeto de vida da pessoa idosa, deve ser gestado, gerenciado e compartilhado, entre a pessoa idosa as equipes no território gerando o afeto e a corresponsabilidade para efetivar o Projeto Terapêutico Singular - PTS e Plano Individual de Atendimento – PIA necessários à reinserção da pessoa idosa no território, a esta mediação, Menicucci, (2002) chama de gestão compartilhada, a intercessão de ações a usuários comuns onde usuário, trabalhadores e gestores das diversas políticas se complementam e transversalizam necessidades e desejos propiciando a representatividade de cada equipe inserida na garantia dos direitos.

O estudo de caso propicia a equipe interdisciplinar encantar-se com as questões empíricas implícitas na principal questão que é: *Como garantir o cuidado e os direitos geridos pela família na convivência comunitária à pessoa idosa.* O Estudo de Caso, na experiência do atendimento de J.D., denominou-se *Estudo de Caso Ampliado*, pela condição do objeto de trabalho (aquilo sobre o que aquela prática se responsabiliza), agregando a ela, além da doença, a análise de saúde e das situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade, transformando-os em afeto e cuidar considerando concretamente, que não há problema de saúde ou doença sem que seja em sujeitos de direito reais e históricos. Considerar as pessoas sujeito principal e protagonista das mudanças necessárias é essencial, para a lapidação e fortalecimento do grau de respeito, cuidado e autonomia da pessoa idosa. Autonomia que

(83) 3322.3222

contato@cieh.com.br

www.cieh.com.br

não é a ausência de qualquer tipo de dependência. Mas a ampliação da capacidade da pessoa idosa lidar com sua própria rede, ou sistema de dependências. Ou seja; o conhecimento da clínica ampliada (Campos, 1998) tem sido motivador para a qualificação da atenção e assistência no acolhimento institucional do IASC, momento em que a discussão para ações conjuntas entre a Assistência Social e a Saúde se complementa e transversalizam para o atendimento integral a garantia de direitos da pessoa idosa através dela mesma, da família, comunidade e rede socioassistencial do território.

METODOLOGIA:

O trabalho científico sobre o Estudo de Caso da idosa J.D. intervenção de gestão compartilhada (quadro 1), foi realizado através da observação participante (Minayo,2000) e da ferramenta estudo de caso (Martins, 2008), na perspectiva da clínica ampliada, para tanto foram realizadas encontros mensais das equipes interdisciplinares, (Assistência Social, Saúde e Sistema de Garantias de Direito) a partir da medida protetiva expedida pelo sistema de garantia de direitos à J.D. (quadro 2), para revisar o diagnóstico, e desenhar as ações de cuidado e gerenciamento do projeto de vida desejado pela idosa em pró da reinserção tendo como instrumento sintetizador e mediador o fichamento do referido caso em tela.

Quadro 1. Gestão compartilhada

Gestão compartilhada da rede socioassistencial no território à pessoa idosa para a garantia do envelhecimento saudável

*** J.D. 86 ANOS – ESTUDO DE CASO AMPLIADO:**

Pessoa de 60 anos e mais em estágio de desenvolvimento do envelhecer, que necessitem das políticas públicas para lhes garantir o desenvolvimento do envelhecimento digno e saudável, com autonomia pessoal; e participação social;

Desenvolvimento da autonomia gerencial sobre suas dependências e comorbidades;

Identificar e avaliar as relações intrafamiliar, para prevenir possíveis riscos e tendências a violação de direitos entre seus membros...

Rede Socioassistencial	Responsabilidade no território	Acompanhamento
USF	Assistência através do acompanhamento e da educação em saúde comunitária e domiciliar através do matriciamento;	Assistir ao idoso nas suas diversas necessidades de saúde e orientações a praticas de vida saudável às famílias
CAPS	Acompanhamento e educação matricial as famílias que necessitam dos cuidados da saúde mental	Assistir a pessoa idosa e orientar a família ou cuidadores quanto as ações de suporte de ego e diálogo compartilhado na família e

		comunidade
CRAS	Acompanhamento às famílias para diagnosticar, identificar, mapear e avaliar graus de vulnerabilidades com vistas ao fortalecimento de vínculos e acessos a programas e serviços aos indivíduos da família no território.	Sensibilizar a família a participação social e cuidados no cotidiano
CREAS	Acompanhamento às famílias em situação de Alerta submetidas ao auto grau de vulnerabilidade, impetrando violações de direito aos seus indivíduos no território.	Orientar e instruir a família sobre sua responsabilidade e participação no processo de reinserção familiar e comunitária
Conselho Pessoa Idosa	Acompanhamento da pessoa idosa junto aos conselhos tutelares no território	Apoiar as ações dos grupos e fortalecer o protagonismo social da pessoa idosa no território
Delegacia do Idoso	Recebe as denúncias do disk 100 e quando procurada pela comunidade e equipes no território	Ordenar e encaminhar solicitação de apoio e repressão da violência contra a pessoa idosa
Secretaria de Direitos Humanos	Recebe denúncias, capacita e ordena programas e projetos de fortalecimento do cuidado a pessoa idosa nos territórios (RPAS)	Fortalecimento de grupos comunitários de idosos, e formação de lideranças quanto as necessidades e direitos à pessoa idosa
Promotoria do Idoso	Recebe denúncias, acompanha casos e famílias e ordena a regulamentação das normas técnicas e o exercício da lei e a garantia de direitos nos territórios	Acompanhar os casos acolhidos junto a rede da socioassistencial e aos órgãos da administração pública quanto as condições estruturais, insumos e pessoal para a garantia da atenção a pessoa idosa no município/estado
Unidade Pública de Acolhimento	Casa-lar para pessoas acima de 60 anos, em situação de rua com ou sem vínculos familiares, com necessidades básicas a serem supridas a partir do acesso as políticas de garantia de direitos sociais	Receber da rede socioassistencial, os casos de apoio na perspectiva do direito e ao tratamento da vulnerabilidade da pessoa idosa, preparando-a para a reinserção em família, ou comunidade, sob a perspectiva do cuidado compartilhado.

QUADRO ELABORADO POR LAGES(2015)

RESULTADOS:

Com a observação participante e o estudo de caso proporcionou o repensar as bases de uma prática instituída acrescentando o significado dado por Martins (2008), inserir à reinserção o diálogo, e a perspectiva da clínica ampliada à prática interdisciplinar fundamental proporcional ao objeto de cuidado também ampliado. Observamos o crescimento da potencialidade motivacional das equipes interdisciplinares, na lapidação do PTS e PIA a partir do diagnóstico territorial. Garantiu o mesmo olhar às visitas domiciliares como parte do diagnóstico para a compreensão da extensão do objeto que exige o reordenamento das ações, (conforme esquema do quadro 2), considerando as complexidades da relação intrafamiliar, e da comunidade, bem como da própria rede no território, e não apenas considerando o desejo da pessoa idosa, mas orientar este desejo inserindo-o neste núcleo familiar e comunitário, a importância, o planejamento e as responsabilidades, como tratamento clínico. Idosa, família e comunidade compõem o objeto/projeto coletivo onde se insere a pactuação de novos olhares e perspectivas de cuidado compartilhado; maior organização das práticas de cuidado no território, incluindo o fortalecimento, a integração e a participação coletiva no trabalho assistencial e de monitoramento do plano de trabalho gestado e gerido por todos.

QUADRO 2. Do reordenamento das ações

Pessoal	Familiar	Comunitário	Condição Clínica	Situação Socioeconômica
Mulher idosa, mãe e avó. Possui todos os documentos e usufruindo do BPC.	<i>Composição familiar:</i> Idosa, Dois filhos (biológico e adotivo) e um sobrinho. <i>Dinâmica Familiar:</i> Família extensa, com vínculos familiares frágeis, apresentando conflito, infantilismo (rivalidade fraterna não resolvida, dificuldades de limite e espaço para o desenvolvimento da singularidade e individualidade, com	Comunidade apresenta-se acolhedora, mas com dificuldade de acompanhamento em decorrência do transtorno de um dos membros desta família, e a negligência instalada no cuidado as necessidades básicas da JD instauradas. Alimentação, estrutura física inadequadamente higienizada.	Idosa chegou de ambulância à Unidade. Apresentava o seguinte quadro de comorbidades: desnutrição, úlcera de calcâneo, infectada, purulenta no MIE, pele desidratada, esquelética, coberta com crostas devido ao alto grau de sugidades, sem forças, desorientada e verbalizando gemidos e	Reside em comunidade com alto grau de vulnerabilidade e risco quanto a segurança, devido ao tráfico, em cômodo pequeno com um quarto e onde residia o filho adotivo, um sobrinho que lida com o BPC da idosa, nas proximidades reside o filho biológico, que apresenta retardo mental. A Sra. Simone mãe do filho adotivo que residia com a idosa, foi indicada a cuidar da idosa. Há animais no interior da

	embotamento afetivo deslizando para o descuido e consequentes violações de direito, a saber: (higiene e cuidado, alimentação e (Estrutura de organização doméstica e financeira)		referindo dores;	casa e no entorno, bem como um movimento expectador, especulador e vigilância da vizinhança sobre o caso de negligência no território.
USF (Saúde)	CREAS (As. Social)	Ministério Público (S. Garantia de Direito)	Unidade de Acolhimento Municipal (Alta Complexidade da As. Social)	Normativas de apoio ao acesso ao direito e ao cuidado

QUADRO ELABORADO POR LAGES(2015)

QUADRO 3. Resultado do Estudo de J.D.

Objeto de Estudo/trabalho	Acompanhamento de saúde desta família na comunidade pela ASC, orientação sobre higiene, medicação, alimentação e necessidades médicas aos indivíduos.	Acompanhamento da violência financeira impetrada pelo núcleo familiar;	Acato a denúncia, investigação através de visita, autuação e expedição de Medida protetiva à idosa dirigida a equipe multidisciplinar da USF;	Acolhimento de JD em 12.11.2014. e Elaboração Inicial do PIA	Constituição Federal de 1988 Estatuto do Idoso Política Nacional de Saúde do Idoso
ATIVIDADES	1.ASC realiza orientação sobre higiene, medicação, alimentação e necessidades médicas aos indivíduos da família;	1.Orientação a aquisição de móveis e utensílios para a idosa no domicílio; 2.Realização de visitas domiciliares e	1.Investigação a partir da visita domiciliar da equipe do Ministério Público; 2.Autuação e expedição	1.Encaminhamento da Idosa à Policlínica Amauri Coutinho, de lá para a UPA da Caxangá para exames laboratoriais e em seguida urgenciada ao Hospital Getúlio Vargas, deste foi encaminhada	Lei Orgânica da Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e

<p>Atividades</p> <p>Desen</p> <p>Volvi</p> <p>das</p>	<p>2. Visitas técnicas domiciliares da enfermeira e da médica para a realização de ações profiláticas;</p> <p>3. Identificação da negligência e descaso continuado pela família;</p> <p>E do transtorno no filho;</p> <p>4. Inserção da equipe do NASF</p> <p>5. Solicitação de relatório do processo e cumprimento da medida protetiva a idosa a USF, CREAS e Unidade de Acolhimento,</p> <p>6. . Visita domiciliar à família para diagnóstico interno ao serviço e para início a reinserção;</p> <p>7. Identificação do objeto de reinserção ser maior que a idosa em tela, resultando na necessidade de implementação do estudo de caso conjunto com as equipes multidisciplinares da saúde, e do MP;</p>	<p>discussão sobre retorno do acolhimento institucional (NASF)</p> <p>3. Diagnóstico do NASF contra a capacidade dos filhos e da Sra Simone realizar os cuidados quando a mesma foi neste intervalo residir na casa da família (tia do sobrinho)</p> <p>4. A inserção da Sra. Simone não melhorou as práticas de higiene no domicílio,</p>	<p>de Medida protetiva</p> <p>3. Solicitação do acompanhamento no território pelo CREAS, à família</p> <p>4. Medida Protetiva com vistas ao acolhimento Institucional temporário e retorno familiar da idosa;</p> <p>5 Implementação no território do Estudo de caso ampliado junto a equipe psicossocial da As. Social, A equipe multidisciplinar da Saúde, e Equipe psicossocial do MP;.</p>	<p>ao Hospital Nossa Senhora de Lourdes, onde foi submetida a uma amputação a nível de coxa esquerda devido a isquemia irreversível.</p> <p>2. Recebimento da idosa estabilizada, deficiente, lúcida, queixosa quanto a falta da sua família, e de seu membro fantasma.</p> <p>3. Elaboração da escuta qualificada para o PIA interno, e início das ações sob nossa responsabilidade;</p> <p>4. Projeto de vida desejado/verbalizado por JD: colocação de prótese para andar, visitar família, e retornar a sua convivência.</p> <p>5. Projeto da Equipe psicossocial na execução do PIA e reinserção prevista na Medida protetiva: a) Busca ativa pela rede socioassistencial responsáveis pela medida protetiva no território;</p> <p>b) Não identificação do movimento em direção à preparação à família e comunidade;</p> <p>3. Visita domiciliar à família para diagnóstico interno ao serviço e para início a reinserção;</p> <p>4. Identificação do objeto de reinserção ser maior que a idosa em tela, resultando na necessidade de implementação do</p>	<p>Combate a Fome, Norma Operacional Básica. NOB/RH – SUAS, Brasília, 2012.</p> <p>Política Nacional de Assistência Social – PNAS/ 2004, Brasília, DF, 2005.</p> <p>Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 e Lei 8.142/90</p> <p>Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde/1986</p> <p>Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil)</p>
--	--	--	--	--	--

				estudo de caso conjunto com as equipes multidisciplinares da saúde, e do MP;	
Pactuações	Ampliar o acompanhamento junto com o NASF ao filho da idosa com déficit cognitivo	Apoio e escuta à contradição e indicação da Sra Simone como cuidadora na residência junto com filho adotivo de JD	Solicitado audiência coletiva e intersetorial para rediscussão da Medida Protetiva de JD	1. Articular a audiência, 2. Garantir a visita dos familiares à J.D. na Unidade para manutenção e fortalecimento de vínculo 3. Manter acesa a mediação comunicando-se com a rede do território da contrarreferência do pactuado no Estudo de Caso Ampliado.	

QUADRO ELABORADO POR LAGES(2015)

CONCLUSÃO:

A ferramenta Estudo de Caso Ampliado defendido proporcionou significativo reordenamento das ações no processo de trabalho assistencial em especial a reinserção, aproximando as equipes para um olhar para o território e para a família; ampliou a atenção integral à pessoa idosa, incluindo ações pedagógicas e de planejamento nos aspectos estruturais, relacionais e de corresponsabilização em toda a rede socioassistencial. Observaram-se avanços no modo de relacionamento entre as equipes e a pessoa idosa, na sua família e em seu território, (conforme quadro 3), visualizando um conjunto de medidas necessárias; intensificou-se a relação entre os profissionais e instituições gerando maior cumplicidade, mas também resistência ao tamanho do objeto, pois o conhecimento amplo torna-os a partir de si, coadjuvantes na proteção/assistência estreitando a relação profissional nos diversos níveis, crescendo comunicação, participação e corresponsabilidade nas ações de cuidado diário. Outros avanços significativos foi o alinhamento das categorias que passaram ao exercício da práxis: as concepções de família, clínica ampliada, estudo de caso, e reinserção, tornou-se perspectiva comum ao cuidado interprofissional efetivando a intersetorialidade entre a Assistência Social, Saúde, e Rede de Garantia de Direito; defendemos e consolidamos o Estudo de Caso Ampliado, como norte e educação permanente em serviço mote de verbalizações tais como: satisfação, motivação, qualificação na reinserção, etapa final do acolhimento institucional do IASC.

Finaliza-se afirmando que o estudo de caso ampliado é estratégia mediadora de boas práticas intersetoriais nos casos de alta vulnerabilidade à pessoa idosa, proporcionando formação/diálogo coletivo que envolve, e afirma o cuidado compartilhado, salvaguarda de efetiva a garantia dos direitos fundamentais de convivência familiar e comunitária da pessoa idosa. Experiência que afirma SUAS e SUS na assistência/proteção na cidade do Recife, e anuncia a reinserção/inclusão dialogada e o reconhecimento de que conforme verbalizada em março/2014, *“a população em situação de rua é usuária do SUS” com isto, as duas políticas, proporcionam ação/práxis na intersectorialidade e efetivação dos direitos em direção da assistência/proteção a pessoa idosa.*

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

Amaro, Sarita. Visita Domiciliar: teoria e prática 1º Ed. Papel Social, Campinas, SP. 2014.

Boff, Leonardo. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra/ Leonardo Boff. 17ed. Petrópolis RJ, Vozes, 2011.

Brasil, Estatuto do Idoso. Lei Nº 10.741 de 1º de outubro. DOU-Nº192-3/10/2003

Brasil, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1996. Lei 8.842 sancionada em 4 de janeiro de 1994, dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Diário Oficial da União, Brasília. DF.

_____.Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

Campos, Gastão Wagner de Sousa. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, Out 1998, vol.14, no.4, p.863-870. ISSN 0102-311X. Acesso em 20.07 e 27.08.2015.

Campos, Gastão Wagner de Sousa. O A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospitalCiênc. saúde coletiva vol.12 no.4 Rio de Janeiro Jul./Ago. 2007

Freire, Paulo. Pedagogia da Autonomia. Saberes necessários á prática educativa, Paz e terra, São Paulo, 2000.

Gestão do Trabalho no SUAS: Uma contribuição necessária para ressignificar as ofertas e consolidar o direito socioassistencial, Brasília, DF. MDS, 2011.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007> (Acesso 17.07, 20.07 20.08 e 26.08. 2015)

<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/l/24.pdf> (Acesso 17.05, 20.07, 25, 26 e 27.08.2015)

<http://servicosocialbrasileiro.blogspot.com.br/2010/06/lei-organica-de-assistencia-social-loas.html>

<http://www.estatutodoidoso.org/estatuto-do-idoso-comentado/> (Acesso 2105)

https://www.google.com.br/search?q=pol%C3%ADtica+nacional+do+idoso+atualizada&oq=Politica+Nacional+do+idos&aqs=chrome.5.69i57j0l5.16710j0j7&sourceid=chrome&espv=210&es_sm=93&ie=UTF-8
(Acesso, 2013, 2014, 2105)

Lages, J. B. S. Elaboração do Quadro 1, Gestão compartilhada da rede socioassistencial no território à pessoa idosa para a garantia do envelhecimento saudável, 2015

Lages, J. B. S. Elaboração do Quadro 2. Do reordenamento das ações, 2015

Lages, J. B. S. Elaboração do Quadro 3. Resultado do Estudo de J.D., 2015

Lei Orgânica da Assistência Social.

Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 4. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro : ANS, 2011.

Martins, Gilberto de Andrade. Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa/ Gilberto de Andrade Martins 2 Ed.São Paulo Atlas, 2008.

Menicucci, T. M. Gonçalves. Intersetorialidade, o desafio atual para as políticas sociais. Revista Pensar BH – Política Social, Belo Horizonte – Maio-Junho, 2002.



Minayo, M. Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Hucitec. Rio de Janeiro, Abrasco, 2000.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, Norma Operacional Básica. NOB/RH – SUAS, Brasília, 2012.

Política Nacional de Assistência Social – PNAS/ 2004, Brasília, DF, 2005.

Política Nacional de atenção a Pessoa Idosa.

Tipificação Nacional dos Serviços socioassistenciais, resolução nº109, Brasília, DF, 2009.