



DESCRIÇÃO DA REDE DE ATENDIMENTO AO IDOSO SOB O ENFOQUE DA INTEGRALIDADE

DESCRIPTION OF THE ELDERLY CARE NETWORK IN THE FOCUS OF COMPREHENSIVENESS

DESCRIPCIÓN DE LA RED DE ATENCIÓN AL ANCIANO BAJO EL ENFOQUE DE LA INTEGRALIDAD

Maria da Conceição Coelho Brito¹, Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas², Maria Josefina da Silva³, Isabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque⁴, Maria Socorro de Araújo Dias⁵, Diógenes Farias Gomes⁶

RESUMO

Objetivo: compreender a assistência de enfermagem ao idoso considerando os sistemas de referência e contrarreferência nos serviços de saúde. **Método:** estudo exploratório-descritivo realizado com 10 enfermeiros gerentes de serviços da rede de atenção à saúde em um município da Zona Norte do Ceará, Brasil. A produção de dados ocorreu por meio de entrevistas, submetidas à Análise do Conteúdo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n. 0058.0.039.000-10. **Resultados:** na atenção primária, as ações em saúde do idoso são programáticas. No nível secundário, as ações são de cunho mais gerencial. E no nível terciário há uma lógica de assistência ao idoso por prioridades e especialidades, dissociada dos demais níveis de atenção à saúde. **Conclusão:** foram constatadas deficiências na rede de atendimento ao idoso. **Descritores:** Idosos; Assistência de Enfermagem; Assistência Integral à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to understand elderly nursing care considering the referral and counter-referral systems in health services. **Method:** exploratory and descriptive study conducted with 10 nurse managers of services within the health care network in a municipality in the North Zone of Ceará, Brazil. Data production took place through interviews, which underwent Content Analysis. The study was approved by the Research Ethics Committee of the State University Acaraú Valley (UVA), under the Certificate of Submission for Ethical Appraisal (CAAE) 0058.0.039.000-10. **Results:** at primary care, actions in elderly care are programmatic. At the secondary level, actions have a rather managerial nature. And at the tertiary level there is a rationale of elderly care by priorities and specialties, dissociated from the other health care levels. **Conclusion:** weaknesses were found out in the elderly care network. **Descriptors:** Elderly; Nursing Care; Comprehensive Health Care.

RESUMEN

Objetivo: comprender la atención de enfermería al anciano considerando los sistemas de referencia y contra-referencia en los servicios de salud. **Método:** estudio exploratorio y descriptivo, realizado con 10 enfermeros gestores de servicios de la red de atención de salud en un municipio de la Zona Norte de Ceará, Brasil. La producción de datos se realizó a través de entrevistas, sometidas al Análisis de Contenido. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Estatal Valle del Acaraú (UVA), bajo el Certificado de Sumisión para Evaluación Ética (CAAE) 0058.0.039.000-10. **Resultados:** en la atención primaria, las acciones en salud del anciano son programáticas. En el nivel secundario, las acciones tienen un carácter más gerencial. Y en el nivel terciario hay una lógica de atención al anciano por prioridades y especialidades, disociada de los otros niveles de atención de salud. **Conclusión:** se encontraron deficiencias en la red de atención al anciano. **Descriptor:** Ancianos; Atención de Enfermería; Atención Integral de Salud.

¹Enfermeira, Docente, Curso de Enfermagem, Universidade Estadual Vale do Acaraú/UVA. Mestranda em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: marycey@hotmail.com; ²Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Curso de Enfermagem, Universidade Estadual Vale do Acaraú/UVA. Sobral (CE), Brasil. E-mail: cibellyaliny@gmail.com; ³Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará/UFC. Fortaleza(CE), Brasil. E-mail: mjosefina@terra.com.br; ⁴Professora Doutora em Enfermagem, Curso de Enfermagem, Universidade Estadual Vale do Acaraú/UVA. Sobral (CE), Brasil. E-mail: izabellemontalverne@gmail.com; ⁵Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Curso de Enfermagem, Universidade Estadual Vale do Acaraú/UVA. Sobral (CE), Brasil. E-mail: socorroad@gmail.com; ⁶Graduando em Enfermagem, Universidade Estadual Vale do Acaraú/UVA. Bolsista de Iniciação Científica do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - PIBIC/CNPq. Sobral (CE), Brasil. E-mail: diogenesfariasgomes@gmail.com

INTRODUÇÃO

O problema de pesquisa que envolve esta investigação evoca o serviço de saúde voltado ao idoso como questão central. O envelhecimento caracteriza-se pelo aumento na proporção da população idosa a partir de 60 anos. Um dos indicadores desse processo é o índice de envelhecimento, que é a razão entre a população maior de 60 anos e a menor de 15 anos vezes 100.¹

O impacto desse processo pode ser evidenciado pelo aumento desse índice: em 1991 era de 21,0%; em 1996, de 25,0%; em 2000, de 28,9%; e em 2005, de 33,9%. No decorrer de 15 anos, saímos da categoria de país intermediário no processo de envelhecimento populacional para país envelhecido, cuja razão é acima de 30%. O percentual de idosos em 2009 foi de 9,9%, colocando o Brasil, como o 79º país mais envelhecido do mundo.²

O processo de transição demográfica no Brasil iniciou-se em virtude da introdução de novas tecnologias, como vacinas, antibióticos e medicamentos, representando, entre as décadas de 1940 a 1960, um declínio significativo da mortalidade. Somando-se a esse fator, no fim da década de 1960 ocorreu a redução da fecundidade, iniciada primeiramente nos grupos populacionais mais privilegiados e em regiões mais desenvolvidas. Esse fato desencadeou uma redução no grupo etário jovem, caracterizando o que se denomina envelhecimento pela base.³

O envelhecimento proporciona mudanças significativas no âmbito da saúde, onde uma transição epidemiológica configura-se com vigor: progressivo, dinâmico e irreversível. Caracteriza-se pela diminuição das reservas funcionais do corpo e alterações biológicas, trata-se de um período de intensas alterações psicológicas e sociais. Isso leva à necessidade do suporte de familiares, cuidadores e profissionais da saúde, devido à grande fragilidade que pode causar ao sujeito.⁴

A integralidade, como organização e articulação entre os serviços, configura-se de modo a ter um sistema que seja integrado em todos os níveis de complexidade. Assim, ela é compreendida como uma rede de serviços que funcione de modo a possibilitar condições de acesso e que seja resolutiva quanto aos problemas apresentados e aos riscos que atingem a qualidade de vida da população.⁵

No que diz respeito à proteção à saúde do ser humano que envelhece, o princípio de integralidade se impõe. O idoso é um ser complexo em virtude das mudanças funcionais, anatômicas, sociais e psicológicas

que acompanham o processo de envelhecer. Logo, a inclusão do idoso na agenda do Sistema Único de Saúde (SUS) é necessária no sentido de adaptar-se ao novo perfil de necessidades de saúde dessa população.

Organizar os serviços em rede, de modo a estabelecer a integralidade, viabiliza o acesso do idoso aos diversos níveis de assistência, tendendo a reverter a característica de um sistema desvinculado, de uma assistência descontinuada ao idoso, fragmentada e movida pela inércia existente nos serviços. Assim, surge este questionamento: “Como está configurada a assistência de enfermagem prestada ao idoso nos diferentes níveis de atenção à saúde no município em estudo?”. Para responder tal questionamento, este estudo tem por objetivo:

- Compreender a assistência de enfermagem prestada ao idoso nos diferentes níveis de atenção à saúde.

MÉTODO

Trata-se de estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, tendo como cenários os níveis locais de atenção à saúde: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária. Os sujeitos foram 10 enfermeiros gerentes, sendo 6 da atenção primária, 1 da atenção secundária e 3 da atenção terciária. Teve por critérios de inclusão atuar como enfermeiro e gerente do serviço, além de concordar com a proposta da pesquisa por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Para preservar o sigilo, os entrevistados foram designados pela letra “E” e numerados de acordo com a sequência de entrevistas: E1 a E10.

As informações foram produzidas, no período de março a maio de 2011, por meio de uma entrevista semiestruturada com as seguintes indagações: “Como funciona a assistência de enfermagem ao idoso nesse serviço?”; “Em quais casos ocorre a referência?”; “Em quais circunstâncias ocorre a referência?”; “Existe a contrarreferência?”; “Em quais circunstâncias ocorre a contrarreferência?”; “Como você classifica a eficiência dos serviços de referência e contrarreferência para o idoso no município?”.

As informações foram transcritas na íntegra e analisadas por meio da técnica de Análise de Conteúdo temática proposta por Minayo⁶. Para tanto, foram adotadas as seguintes etapas: 1) Fase de pré-exploração do material ou de leituras flutuantes do *corpus* das entrevistas; 2) Seleção das unidades de análise (ou

unidades de significado); e, 3) Processo de categorização e subcategorização.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n. 0058.0.039.000-10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os discursos dos enfermeiros proporcionaram informações que retratam a assistência de enfermagem ao idoso nos diversos níveis de atenção à saúde. Os dados foram agrupados e categorizados por aproximação de conteúdo nas respostas dos sujeitos, emergindo três categorias: Grupos de promoção da saúde - uma estratégia de cuidado no nível primário de atenção; Atenção secundária à pessoa idosa - refletindo as especialidades; e Atenção terciária ao idoso e a desarticulação na rede.

• Grupos de promoção da saúde: uma estratégia de cuidado no nível primário de atenção

As informações coletadas possibilitaram compreender alguns aspectos da assistência de enfermagem ao idoso, esboçando características próprias de cada nível de atenção. No nível primário, nota-se uma atenção muito direcionada aos grupos de promoção da saúde (GPS), que atuam como estratégias que auxiliam no tratamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), além de atuar como entretenimento.

Então, nós temos o grupo de caminhada, com reuniões, mas são mais lúdicos, passeios, caminhadas, está mais voltado para esse objetivo. Eles também se enquadram no grupo de hipertensão e diabetes pela própria situação. (E1)

Existem os grupos, certos grupos que envolvem idosos, a gente faz práticas de educação física dinâmicas, voltados para o entretenimento. Então, a assistência ao idoso é mais essa questão dos grupos que existem no PSF. (E3)

O aumento no número de idosos, entre outros fatores, suscitou a necessidade de retomar as discussões que permeiam a crise no setor saúde. Sob essa perspectiva, objetivando implementar os princípios e diretrizes do SUS, o Ministério da Saúde instituiu, em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF), que enfoca a família como unidade de ação programática, e não mais somente o indivíduo.⁷

A ESF tem o potencial para estimular a organização comunitária e a autonomia das famílias. O modelo tecnoassistencial proposto favorece o estabelecimento de vínculo por

meio da promoção da saúde, baseando-se no encorajamento e apoio para que os grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde.⁸ Aspecto este corroborado nas falas dos entrevistados, quando enfatizam ser a assistência de saúde ao idoso muito direcionada aos grupos de promoção da saúde.

As atividades grupais representam oportunidade de discutir assuntos de importância da coletividade, visando a solidificar reflexões que possam ecoar positivamente na vida dos integrantes.⁹ Verifica-se com as falas dos sujeitos que os GPS são aliados para o tratamento de doenças crônicas, como no caso da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus*, bem como mecanismos de diversão e distração para idosos, fazendo com que estes tirem seu foco do processo de adoecimento e busquem o exercício de atividades que fomentem sua qualidade de vida.

Embasado no amplo conceito de saúde, os GPS contemplam as dimensões biopsicossociais relacionadas ao binômio saúde-doença e ao envelhecimento ativo. Colaboram na satisfação de vida dos idosos e facilita o estabelecimento de vínculos afetivos com os prestadores de saúde, proporcionando a troca de experiências e o combate ao isolamento social.¹⁰ Sob esse enfoque, implantou-se, em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica, por meio da Portaria GM n. 648, que define a atenção básica como um conjunto de ações que abrangem a promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.⁷

Em relação às ações em saúde do idoso na atenção primária, os discursos dos sujeitos expressam que são restritas aos programas propostos pelo Ministério da Saúde:

É baseada nos programas do Ministério da Saúde, mas de forma muito acanhada, pois a própria política de saúde do idoso deixa muito a desejar. (E2)

Bem, [...] a nível de atenção básica, qualquer assistência que ele esteja precisando, ele é atendido aqui, na maioria dos casos é hipertensão e diabetes. (E4)

Está faltando um pouco mais de apoio. (E5)
O município trabalha com programas, certo? [...] Programas do Ministério da Saúde. (E6)

O Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, em consonância com a Política Nacional da Atenção Básica, instituiu metas para um envelhecimento populacional com qualidade de vida, segundo estratégias e protocolos que fundamentem as ações dos profissionais de saúde; entre esses protocolos, cabe destacar

os clínicos. Os protocolos clínicos orientam a terapêutica e o gerenciamento do cuidado para as doenças mais prevalentes, auxiliando a conduta clínica e a orientação do fluxo assistencial.¹¹

● Atenção secundária à pessoa idosa: refletindo as especialidades

No Brasil, a ESF foi planejada para reorientar a atenção à saúde da população, estimulando a qualidade de vida, por exemplo, mediante a promoção do envelhecimento ativo. Como o envelhecimento não é um processo homogêneo, necessidades e demandas dos idosos variam, sendo preciso fortalecer o trabalho em rede para contemplar a atenção aos idosos com menores limitações e atender àqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidade, inclusive nos domicílios.¹² Assim, o cuidado ao idoso demanda um sistema de saúde coordenado, com cada instância contribuindo com as demais.

O indivíduo é encaminhado da atenção primária para outros níveis de atenção na ocorrência de condições sensíveis àquela, o que ocorre somente nos casos em que o usuário apresente um problema de saúde mais grave ou tenha necessidade de saúde com maior densidade tecnológica.¹³

Quando há a necessidade do idoso ser avaliado por um nível mais especializado de saúde, no contexto local deste estudo, ele é referenciado ao Centro de Especialidades Médicas (CEM). Esse serviço abrange as seguintes especialidades: cardiologia, dermatologia, infectologia, mastologia, neurologia, neurocirurgia, neuropediatria, obstetrícia de alto risco, oncologia, pneumologia, pediatria clínica e cirúrgica, proctologia e urologia, com um atendimento específico ao idoso; esses serviços são destinados aos pacientes do município, bem como de toda a Zona Norte do estado, que totaliza 54 municípios.

Em relação à atenção secundária, os sujeitos mencionam ser o serviço em análise uma referência na rede de saúde local, com a presença de diversos profissionais especialistas:

A gente é referência em nível secundário de saúde, então [...] a gente está com todos os serviços de especialidades do município. Todas as consultas aqui são eletivas. [...] Aqui no CEM a gente tem um atendimento específico ao idoso, que é com o geriatra, uma vez por semana. (E7)

Há a menção de que cabe aos enfermeiros apenas o ato gerencial, sem atendimentos mais específicos de cuidado aos idosos:

Assistência de enfermagem ao idoso, cuidado ao idoso não se adequa ao nosso serviço, não; o enfermeiro aqui é mais gerencial. (E7)

À atenção secundária à saúde compete o atendimento dos encaminhamentos de problemas identificados em unidades básicas de saúde que não foram solucionados ou que demandavam de uma atenção mais específica. Contudo, para que haja resolubilidade para os problemas de saúde da população idosa, o nível secundário de atenção tem de assegurar o acesso dos usuários a consultas e exames especializados, indispensáveis para a conclusão de diagnósticos pela atenção básica.¹⁴

Na assistência secundária ao idoso, observa-se a inserção de médicos geriatras, atuando com uma identidade própria. Esse nível de atenção disponibiliza profissionais e recursos tecnológicos especializados para o apoio diagnóstico e terapêutico, com o propósito de evitar complicações apontadas pela atenção básica.¹⁵

Para que os clientes possam alcançar a atenção secundária, torna-se necessária a utilização do sistema de referência e contrarreferência, tido como um mecanismo de encaminhamento mútuo entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços.¹⁴ Esse sistema é organizado por sistemas de regulação, como a Central de Marcação de Consultas.

A média complexidade ambulatorial atua em nível especializado, sendo requerida uma estrutura mais vigorosa para efetivar sua regulação, uma vez que sua demanda não se restringe às referências geográficas, como a atenção básica. É nesse nível também que se iniciam os processos de referência entre municípios, fazendo com que todos os estudos de necessidade e fluxos da assistência lidem com a variabilidade do processo assistencial regional, que gera demandas sobre as quais a regulação nem sempre consegue atuar, por ser originadas fora da área de atuação da gestão do complexo regulador.¹⁶

O maior desafio da regulação da média complexidade ambulatorial está na gestão das agendas médicas e dos equipamentos, na estrutura de comunicação com os pacientes, no controle do absenteísmo, na organização, no acesso calcado no uso de protocolos, na triagem de necessidade e priorização, na gestão dos fluxos referenciados, bem como na construção de grades de referência e contrarreferência. Com a regulação assistencial, a real e efetiva hierarquização da rede de serviços de saúde será viabilizada, com qualificação da gestão e contribuição

para a garantia da integralidade e da equidade da atenção.¹⁶

• Atenção terciária ao idoso e a desarticulação na rede

Na atenção hospitalar há a lógica de assistência ao idoso por prioridades e dissociada dos demais níveis de atenção à saúde do idoso, em especial do centro de Saúde da Família:

Visualizando a assistência ao idoso em nível de hospital é considerada, digamos, completa não, mas organizada. Tem uma organização dos médicos e residentes, que fazem uma visita diária a esses pacientes, uma quantidade de exames grande, que, apesar de demorar um pouco, são realizados, considerando ou não esses pacientes são bem assistidos, além da enfermagem, que, mesmo tendo poucos profissionais, esforça-se muito para dar uma assistência adequada. (E8)

É baseada em prioridades, e ele entra como uma prioridade que vem regularizada. (E9)

Resolvendo o problema aqui, estamos conversados. (E7)

Não há conexão, a contrarreferência, a meu ver, ela não ocorre. (E10)

O processo de envelhecimento envolve novas formas de adoecimento, sendo, muitas vezes, caracterizadas como as DCNT, como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes *mellitus*. Logo, vê-se a necessidade de readequações também na assistência hospitalar a população idosa, onde esta não seja apenas uma prioridade, mas tida como uma realidade atual dos serviços de saúde.

O rápido aumento da população idosa resulta em uma crescente demanda por serviços de saúde e constitui um dos maiores desafios para as práticas de saúde pública, gerando impactos econômicos de grandes proporções para o país, pois na hospitalização, a média de permanência de idosos foi de, aproximadamente, dois dias a mais do que a média apresentada pelas demais faixas etárias.¹⁷ Além disso, as doenças dos idosos podem perdurar por vários anos e exigem permanente acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares, além de intervenções contínuas.

A atual situação epidemiológica brasileira depara-se com uma tripla carga de doenças, pois envolve, ao mesmo tempo: uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o forte crescimento das causas externas; e o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco, como o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a inatividade física, o estresse, e a alimentação inadequada.¹⁸ Assim, a elevada prevalência de DCNT somada à pluripatogenia

(evidência de mais de uma doença concomitante), a carência de respostas mais coerentes dos sistemas de saúde, uma vez que estes são as respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população.¹⁸

Ciente de que essas tomadas de atitude envolvem toda uma rede de serviços de saúde, adentra-se ao âmbito hospitalar, principalmente pela maior permanência nesse serviço e pela progressiva perda de autonomia dos idosos, aspecto resultante do maior número de doenças que afligem os idosos, associado a sistemas de saúde falhos no que concerne a saúde da população idosa, em virtude da fragmentação da assistência. Logo, é preciso pensar dispositivos para conectar o hospital à rede de serviços de saúde, refletindo sobre o hospital como estação, sob a perspectiva da integralidade. Qualquer clientela, especificamente a idosa, poderá beneficiar-se com a organização de serviços em rede, com fluxos de cuidados integrais, que englobem tudo o que a pessoa idosa precisa a nível individual, relacionando os serviços necessários. Aproximadamente 70% dos idosos dependem dos serviços do SUS, desde ambulatoriais até hospitalares, para satisfazer suas necessidades de atenção à saúde.¹⁹

A hospitalização representa, para muitos idosos, um momento de fragilidade e de medo, pois além do sofrimento e sensação desagradável, e da insegurança que a doença ocasiona, esses pacientes necessitarão da atenção de um conjunto de trabalhadores da saúde para intervir nesse processo. A equipe de saúde, ao atender o idoso, deve estar atenta a uma série de alterações físicas, psicológicas e sociais que normalmente ocorrem entre esses pacientes e que justificam um cuidado diferenciado.²⁰

O hospital é percebido como um espaço de transição que faria a referência para outros serviços. Para ressaltar a ideia da importância do trabalho em rede, pensar o hospital como uma estação pela qual circulam os mais variados tipos de pessoas, portadoras das mais diferentes necessidades em diferentes momentos de suas vidas singulares. Outro ponto de partida a ser considerado é o momento da alta hospitalar, por ser ocasião privilegiada para se alcançar a continuidade do tratamento em outros serviços, não apenas de forma burocrática, cumprindo um papel de contrarreferência, mas pela construção da linha de cuidado necessária àquele paciente específico.¹⁹

Para viabilizar a atenção ao idoso em uma rede de serviços de saúde, faz-se necessária a utilização de estratégias de educação

permanente, além do funcionamento adequado do sistema de referência e contrarreferência e da horizontalização das ações em saúde do idoso. Isso implicará um fluxo organizado e integral, que direcione o idoso por toda a malha assistencial, desde a porta de entrada, atenção básica, passando pelas especialidades e chegando aos níveis de maior densidade tecnológica, a atenção terciária.

Atuar em uma rede assistencial implica conhecer cada nível de atenção e sua funcionalidade como ponto estratégico para alcançar uma assistência organizada e de qualidade. Esse contexto organizacional de redes não surgiu pela sua complexidade, nem, muito menos, como um representativo imaginário que se desenha quando se fala de níveis de atenção.

Ao contrário, adveio da problematização da situação de saúde vivenciada pelo usuário, que sempre ia e vinha dos/para os serviços sem nenhuma resolutividade. Logo, uma rede de atenção à saúde almeja implementar um fluxo organizado, dinâmico, sem poderes hierárquicos, e comunicativo entre seus entes, para que o idoso, em meio às especificidades do envelhecimento, não seja uma demanda saltatória, que pula de serviço em serviço sem nexos.

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou o aprofundamento teórico sobre o SUS, as redes assistenciais e a integralidade, bem como as fragilidades de um sistema de saúde que ainda não acompanha o processo de envelhecimento na mesma velocidade, onde ações socorristas são muito mencionadas tanto na prática como na literatura. Esta, por sua vez, foi um fator limitante deste estudo, pois se apresenta escassa e defasada, o que se tornou um viés significativo à pesquisa, já que a fundamentação teórica possibilita um distanciamento do simples empirismo.

Verificou-se que os profissionais da saúde reconhecem as deficiências da assistência em rede à saúde do idoso, onde esta se torna diluída em ações programáticas do Ministério da Saúde. A falha não é em um ponto ou outro do sistema, mas nos processos que permeiam a malha assistencial. Cabem aos profissionais da saúde, gestores e políticos buscarem soluções reais ao problema em questão, e não apenas a criação de políticas utópicas, humanamente inaplicáveis à realidade. Assim, torna-se necessário um incentivo, desde a academia até a práxis, para a assistência de enfermagem ao idoso baseada em evidências, valorizando sua prática, indagando, buscando

e implementando estratégias com real aplicabilidade; deve-se, então, formar profissionais pesquisadores, que façam da vivência prática um potencializador de soluções humanas à saúde da população, em especial, o idoso.

Compreender a referência e a contrarreferência da atenção à saúde do idoso possibilitará ao enfermeiro atuar de modo a satisfazer as reais necessidades de saúde do idoso, bem como fomentará novas estratégias promotoras de saúde em qualquer nível de atenção da rede assistencial. Ao executar ações em saúde que garantam a integralidade do cuidado ao idoso promove o fortalecimento dos princípios do SUS por meio do efetivo sistema de referência e contra-referência, além de potencializar a qualidade de vida do idoso e sua família.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Características dos indicadores. Ficha de qualificação. Índice de envelhecimento - A.15. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
2. United Nations. Department of Economic and Social Affairs/Population Division. World population ageing. New York: UN; 2009.
3. Carvalho JAM, Wong LLR. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. Cad saúde pública [Internet]. 2008 [cited 2013 Aug 02];24(3):597-605. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000300013&script=sci_arttext
4. Cruz ALB, Martins AKL. Perception of elderly health promotion: view of community health agents. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2010 [cited 2013 Aug 02]; 4(3):1484-91. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/1056/pdf_146.
5. Reis CB, Andrade SMO. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. Cien saúde colet [Internet]. 2008 [cited 2013 Sept 01]; 13(1):61-70. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000100011&script=sci_abstract&tlng=pt
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

8. Oliveira JCA, Tavares DMS. Elderly attention to health strategy in the Family: action of nurses. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2013 Sept 01];44(3):774-81. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0080-62342010000300032&script=sci_arttext&tlng=en
9. Crispim ZM, Munari DB, Salge AKM, Lucchese R. Atividades grupais na promoção da saúde feminina: revisão integrativa. *Rev RENE* [Internet]. 2011 [cited 2013 Sept 01]; 12(3):636-44. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/275>
10. Tahan J, Carvalho ACD. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. *Saúde soc* [Internet]. 2010 [cited 2013 Sept 01]; 19(4):878-88. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400014.
11. Carvalho G, Magalhães Júnior HM, Medeiros J, Souto Júnior JV, Santos L, Andrade LOM, et al. Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde. Campinas (SP): CONASSEMS; 2008.
12. Silva TL, Santos SSC, Pelzer MT, Barlem ELD, Arrieche TA. Conhecimento específico de enfermeiros de um hospital universitário acerca do cuidado ao idoso. *Cogitare enferm* [Internet]. 2009 [cited 2013 Aug 03];14(1):99-106. Available from: <http://repositorio.furg.br:8080/jspui/bitstream/1/1783/1/Conhecimento%20espec%C3%ADfico%20de%20enfermeiros%20de%20um%20hospital%20universit%C3%A1rio%20acerca%20do%20cuidado%20ao%20idoso.pdf>.
13. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad saúde pública* [Internet]. 2009 [cited 2013 June 06];25(6):1337-49. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>
14. Serra CG, Rodrigues PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Cien saúde colet* [Internet]. 2010 [cited 2013 June 06];15(3):3579-86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000900033&script=sci_arttext
15. Fonseca JOP, Castanheira MF, Pintos SAG, Pereira FD, Linhares GSSD, Santos MCS. A importância de um centro de atenção secundária a portadores de hipertensão arterial e diabetes em um cenário para melhoria da assistência à população idosa. *Rev méd Minas Gerais* [Internet]. 2008 [cited 2013 June 06]; 18(4 supl 4):25-9. Available from: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewArticle/99>
16. Silva JMB. A gestão do fluxo assistencial regulado no sistema único de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Centrais de regulação. Regulação de acesso. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
17. Lima AP, Mantovai MF, Ulbrich EM, Zavadil ETC. Produção científica sobre a hospitalização de idosos: uma pesquisa bibliográfica. *Cogitare enferm* [Internet]. 2009 [cited 2013 June 06]; 14(4):740-7. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/16393/10872>
18. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien saúde colet* [Internet]. 2010 [cited 2013 June 06]; 15(5):2297-305. Available from: http://www.conass.org.br/pdf/Redes_de_Atencao.pdf
19. Motta CCR, Hansel CG, Silva J. Perfil de internações de pessoas idosas em um hospital público. *Rev eletrônica enferm* [Internet]. 2010 [cited 2013 June 06];12(3):471-7. Available from: www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/6865
20. Martins JJ, Schneider DG, Bunn KR, Goulart CA, Silva RM, Gama FO, et al. A percepção da equipe de saúde e do idoso hospitalizado em relação ao cuidado humanizado. *ACM arq catarin med* [Internet]. 2008 [cited 2013 June 06];37(1):30-7. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=490954&indexSearch=ID>

Submissão: 10/09/2013

Aceito: 22/01/2015

Publicado: 15/02/2015

Correspondência

Maria da Conceição Coelho Brito
Docente do Curso de Enfermagem
Universidade Estadual Vale do Acaraú
Rua Cel. Henrique Rodrigues, 164 / Ap. 201
Bairro Campo dos Velhos
CEP 62030-050 – Sobral (CE), Brasil