

ALINE NASCIMENTO SARDINHA

**Percepção de profissionais da Atenção Básica acerca da atenção a idosos com
perda de peso não intencional**

São Paulo

2022

ALINE NASCIMENTO SARDINHA

**Percepção de profissionais da Atenção Básica acerca da atenção a idosos com
perda de peso não intencional**

Versão Original

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo Programa de Mestrado Profissional Formação Interdisciplinar em Saúde, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Helena Morgani de Almeida.

São Paulo

2022

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Sardinha, Aline Nascimento.

Percepção de profissionais da Atenção Básica acerca da atenção a idosos com perda de peso não intencional / Aline Nascimento Sardinha; orientadora Maria Helena Morgani de Almeida. -- São Paulo, 2022.

202 p. : fig., tab. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa de Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde. -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. Versão original.

1. Envelhecimento. 2. Saúde do idoso. 3. Equipe de assistência ao paciente. 4. Perda de peso. 5. Fenômenos fisiológicos da nutrição do idoso. 6. Atenção primária à Saúde. I. Almeida, Maria Helena Morgani de. II. Título.

Sardinha AN. Percepção de profissionais da Atenção Básica acerca da atenção a idosos com perda de peso não intencional. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2022. Versão Original.

Aprovado em: / /2022

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

A todas, todos e todes usuários do Sistema Único de Saúde, especialmente àqueles que fizeram parte da minha trajetória profissional, permitindo que eu lhes oferecesse cuidados e me deram – sem saber – ensinamentos valiosos que fazem de mim uma pessoa melhor a cada dia.

AGRADECIMENTOS

À minha família, meu pai Angelino e irmãos Amanda e Rafael, especialmente à minha mãe, Lucia, que desde sempre possibilita que os meus caminhos sejam trilhados com persistência.

Ao meu companheiro de vida, Ademir, que, com sua paciência, compreensão e parceria tem me apoiado nessa jornada.

Aos meus colegas de trabalho na UBS República, local que me trouxe inquietação sobre a importância da atenção nutricional para as pessoas idosas. Em especial agradeço à minha equipe NASF República, com quem realizei e realizo trocas profissionais e de vida extremamente preciosas: Max, Leila, Polyana, Katia, Nidia, Wesley, Moniky, Cesar, Natali, Elizangela, Patty, Ana Carolina, Vinicius, Leonara, dr. Horácio, Odonel, Alessandra Garcia e Maria Claudia Nunes. Também às nutricionistas colegas de rede e amigas com quem realizei trocas bastante importantes: Dafni Paiva, Tatiane Nunes, Nayara Marques, Alline Cazonato e Kelly Estrela.

À Aline Saad e Dalila Pincer, respectivamente coordenadora e apoiadora da Organização Social de Saúde a qual tenho vínculo profissional, que garantiram que eu conciliasse o trabalho no SUS e a pós-graduação, além de viabilizarem minha coleta de dados.

Aos participantes desta pesquisa, que se comprometeram e dedicaram seu tempo e suas percepções.

Aos amigos Roberto Rubem e Hélio Francisco, que realizaram contribuições fundamentais para a conclusão deste projeto, assim como minha enteada Ana Carolina.

Aos meus colegas de Mestrado Profissional, pelo encorajamento e apoio desde o início. Também aos professores e funcionários do programa.

À minha orientadora, Prof^a Dra^a Maria Helena Morgani de Almeida, que com doçura, gentileza, firmeza, compreensão e sabedoria conduziu este projeto.

É preciso sair da ilha para ver a ilha. Não nos vemos se não saímos de nós.

José Saramago

RESUMO

Sardinha AN. Percepção de profissionais da Atenção Básica acerca da atenção a idosos com perda de peso não intencional [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2022. Versão Original.

Introdução. O processo de envelhecimento cursa com alterações biológicas como a perda de peso não intencional. Essa condição associa-se a um aumento de morbidade e mortalidade em pessoas idosas, requerendo cuidado por equipe interprofissional da Atenção Básica, além do nutricionista. Embora a atenção a saúde dessa população esteja pautada em políticas e documentos norteadores de saúde, o cuidado aos idosos tem se mostrado desafiador, devido à necessidade de cumprimento de metas de produtividade na Atenção Básica, como número elevado de atendimentos e agendas pouco flexíveis. **Objetivo.** Conhecer a percepção de profissionais da Atenção Básica sobre o estado nutricional de idosos usuários de Unidades Básicas de Saúde, com ênfase para perda de peso não intencional e, identificar possibilidades de intervenção a essa problemática pela equipe interprofissional. **Metodologia.** Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizada em duas etapas: entrevistas individuais com roteiro semiestruturado e grupo focal com profissionais de nível superior da Atenção Básica das UBS da Região Centro do Município de São Paulo. Os dados das duas etapas foram transcritos na íntegra e submetidos à Análise Temática de Conteúdo, sendo discutidos conjuntamente, por meio de triangulação. **Resultados.** Dezessete profissionais foram entrevistados, e doze destes participaram do grupo focal. Os profissionais referiram dificuldade em identificar idosos com perda de peso não intencional, embora a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica, usualmente utilizada, contenha pergunta específica sobre essa temática. Os desafios identificados para o cuidado a essa condição foram a insuficiência financeira e de suporte familiar, o isolamento social, a não adesão às ofertas de cuidado, a vulnerabilidade social, incluindo insegurança alimentar, além dos desafios do processo de trabalho, como a burocracia dos serviços, as dificuldades com a estrutura física das UBS, além do pouco tempo destinado às consultas. Quanto às possibilidades de cuidado, foram consideradas as abordagens grupais, as consultas

e reuniões de discussão de casos, além do trabalho em equipe interprofissional, compartilhado com a Rede de Atenção à Saúde e intersetorial. A atenção nutricional e o nutricionista são fundamentais para o manejo da condição. O uso de Suplementos Nutricionais Orais foi observado, porém esses têm custo elevado e não são disponibilizados no SUS. O acesso a serviços de refeições domiciliares ou a restaurantes populares é fundamental para a garantia da Segurança Alimentar e Nutricional. Conclusão. A perda de peso não intencional ainda é condição pouco identificada pelos profissionais da Atenção Básica, embora esses compreendam suas possíveis causas e implicações à saúde da população idosa, assim como observado em pesquisas internacionais. A atenção nutricional e interprofissional, a prática colaborativa, a Educação Permanente e o apoio da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e da rede de serviços Intersetorial configuram-se como possibilidade de enfrentamento.

Palavras-chave: Envelhecimento. Saúde da Pessoa Idosa. Equipe Multiprofissional. Perda de peso. Fenômenos Fisiológicos da Nutrição do Idoso. Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT

Sardinha AN. Primary Health Care professionals' perception regarding care for elderly people with unintentional weight loss [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2022. Versão original.

Introduction. The aging process comprises biological changes such as unintentional weight loss (UWL). UWL is associated with an increase in morbidity and mortality rates in the elderly, which requires elderly care by an interprofessional health team in Primary Care, together with licensed nutritionist's services. Although health guidelines and policies are utilized to guide elderly care, this process has unveiled challenges such as the need to meet productivity goals in Primary Care, high quantity of health appointments and non-flexible schedules. **Aims.** To comprehend Primary Care professionals' perception regarding nutritional status of elderly users with emphasis on UWL in Primary Health Care Units (PHCU). Additionally, we aim at identifying pathways for health interventions that encompass the interprofessional health team services. **Methodology.** We conducted Qualitative, exploratory and descriptive research, which was carried out in two phases: individual semi-structured interviews and a focus group with higher education professionals in a PHCU in the city of São Paulo's downtown. Data of the two phases were fully transcribed and explored through thematic content analysis. The analysis was conducted with results altogether by employing the triangulation method. **Results.** In total, seventeen health professionals had been interviewed, of whom twelve of them attended the focus group. Health professionals reported difficulty in identifying elderly people with UWL, although a usual health instrument, the Multidimensional Health Assessment of the Elderly in Primary Care, provides targeted questions on UWL. The key challenges for providing adequate health care to UWL were lack of financial resources and family support, social isolation, non-adherence to health care offers and social vulnerability, including food insecurity. Additionally, challenges of the health work process, such as services' bureaucracy, difficulties with the physical structure of the PHCU, together with the short-time set to consultations were reported. In regard to health intervention pathways, group approaches, consultations and clinical case discussion meetings

were considered, in addition to the interprofessional teamwork in combination with the inter-sectoral Health Care Network. Nutritional health services and licensed nutritionists are fundamental for the management of UWL. The use of oral nutritional supplements was observed though they may not be available in the National Health System and present high costs. Moreover, access to home-delivered meal services or popular restaurants is essential to guarantee Food and Nutritional Security. Conclusions. UWL is still a condition little identified by Primary Care health professionals. However, health professionals may understand UWL possible causes and implications for the health of the elderly population, as observed in international studies. Nutritional and interprofessional health care, collaborative practice, Continuing Education and support from the Health Care Network for the Elderly and the Intersectoral service network are seen as challenging possibilities that need to be addressed.

Keywords: Aging. Health of the Elderly. Patient Care Team. Weight loss. Elder Nutritional Physiological Phenomena. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.1 - Fatores associados à “Anorexia do envelhecimento” e perda de peso não intencional	25
Figura 1.2 - Possíveis consequências da perda de peso não intencional.	26
Figura 1.3 - Alterações no estado de saúde associadas à perda de peso, intencional ou não intencional, em idosos.....	27
Figura 1.4 - Macroestrutura da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.	34
Figura 1.5 -Intersectorialidade no microterritório.....	36
Figura 1.6 - Propostas de programação para as ações do Programa Nossos Idosos	37
Figura .1.7 - Distribuição de serviços de saúde da Coordenadoria Regional de Saúde Centro.	39
Quadro 1.1 - Distribuição de serviços de saúde da Coordenadoria Regional de Saúde Centro, segundo Supervisão Técnica de Saúde.	38
Quadro 4.1 - Artigos selecionados para revisão de literatura segundo título, autores, país de publicação, instituição de origem, local de publicação, objetivo e pesquisa.	59
Quadro 5.1 - Apresentação de temas e categorias após Análise Temática de Conteúdo das entrevistas	71
Quadro 5.2 - Apresentação de temas e categorias após Análise Temática de Conteúdo do Grupo Focal	92

Gráfico 4.1 - Número de trabalhos selecionados para inclusão na revisão, por ano de publicação nas bases de dados, 2010 a 2020.....	61
Gráfico 4.2 - Distribuição de trabalhos identificados nas bases de dados selecionados para inclusão na revisão, segundo país de publicação, 2010 a 2020..	62
Tabela 5.1 - Caracterização dos entrevistados, segundo sexo, formação profissional, experiência interprofissional na graduação e anos de atuação na AB.	70
Tabela 5.2 - Caracterização dos participantes do grupo focal segundo sexo, formação profissional, experiência interprofissional na graduação e tempo de atuação na AB.	91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
AMAE	Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades
AME Idoso	Ambulatório Médico de Especialidade do Idoso
AMG	Automonitoramento Glicêmico
AMPI-AB	Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica
ATSPI	Área Técnica de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa
AVD	Atividades de Vida Diária
BRASPEN	Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral
CAB	Cadernos de Atenção Básica
CAEI	Centros de Acolhida Especiais para Idosos
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS Adulto	Centro de Atenção Psicossocial Adulto
CAPS IJ	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CDI	Centro-Dia para Idosos
CEO	Centro Especializado Odontológico
CER	Centro Especializado de Reabilitação
CID	Classificação Internacional de Doenças
COVID-19	CoronaVirusDisease 2019
CP	Circunferência de Panturrilha
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
CRI	Centros de Referência do Idoso
CRST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CTA DST/AIDS	Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
DM	Diabetes Mellitus

DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DRC	Doença Renal Crônica
EC	Educação Continuada
EIP	Educação Interprofissional em Saúde
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EqSF	Equipes de Saúde da Família
FAO	Food and Agriculture Organization, Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
IMC	Índice de Massa Corporal
IPGG	Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
MAN	Mini Avaliação Nutricional
MS	Ministério da Saúde
NASF-AP	Núcleo Ampliado em Saúde da Família e Atenção Primária
NCI	Núcleos de Convivência do Idoso
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PAI	Programa de Acompanhante de Idosos
PMSP	Prefeitura do Município de São Paulo
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PS	Pronto-Socorro
PTS	Projeto Terapêutico-Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RASPI	Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa
SABE	Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento
SADPI	Serviço de Alimentação Domiciliar para a Pessoa Idosa

SAE DST/AIDS	Serviço de Assistência Especializada em DST/AIDS
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SASF	Serviço de Assistência Social à Família
SESC	Serviço Social do Comércio
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMADS	Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SNO	Suplemento Nutricional Oral
STS	Supervisão Técnica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TNO	Terapia Nutricional Oral
UBS	Unidade Básica de Saúde
UMT	Unidade de Medicinas Tradicionais
URSI	Unidades de Referência em Saúde do Idoso

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	23
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	43
3	OBJETIVOS	55
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	57
5	RESULTADOS	69
6	DISCUSSÃO	103
7	CONCLUSÕES	153
	REFERÊNCIAS	155
	APÊNDICES.....	175
	ANEXOS.....	195

1 INTRODUÇÃO

1.1 ENVELHECIMENTO NO BRASIL

Nas últimas décadas, o Brasil vivencia um processo de transição demográfica, evidenciado pela queda da fecundidade associada à redução dos índices de mortalidade e aumento da expectativa de vida, acarretando crescimento da população idosa, ou seja, aquela com 60 anos ou mais^{1,2}. Em 2022, a projeção do IBGE é de 10,49% de pessoas idosas acima de 65 anos, e no Estado de São Paulo essa porcentagem é maior, representando 11,62% da população nessa faixa etária³. Estima-se que em 2060, 33,7% da população brasileira esteja acima dos 60 anos⁴.

O envelhecimento enquanto processo natural de diminuição de reserva funcional do indivíduo é conhecido como *senescência*, e, em condições normais, associadas a estilo de vida saudável, espera-se não acarretar problemas de saúde. Já a *senilidade* deve ser diferenciada do processo anterior, pois pode decorrer de condições de sobrecarga como acidentes, estresse emocional e a presença de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) com controle inadequado⁵.

Embora historicamente se observe declínio dos índices de mortalidade nesta população, a incidência das DCNT é alta, bem como suas repercussões sobre a funcionalidade do indivíduo. Dessa maneira, tais doenças podem gerar dificuldades e incapacidades, afetando a realização das atividades de vida diária (AVD) e piora na qualidade de vida^{1,5,6}. Além disso, o processo de envelhecimento acompanhado de prejuízos na saúde gera sobrecarga dos serviços, com aumento do número de internações hospitalares e maior tempo de ocupação de leitos⁷.

1.2 PERDA DE PESO NÃO INTENCIONAL EM IDOSOS: ASPECTOS FISIOLÓGICOS E IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE

Dentre as DCNT, o excesso de peso e obesidade vêm aumentando exponencialmente nas últimas décadas, no Brasil e em diversos países. Dados atuais indicam que 57,5% dos brasileiros apresentam excesso de peso e obesidade⁸. Na população acima de 65 anos estes valores alcançam 60,9%⁸. A obesidade em idosos está associada a piora na qualidade de vida, com aumento na morbidade e mortalidade, e configura-se um grande problema de saúde pública^{9,10}. Muitas ações têm sido realizadas para combater tal situação em âmbito macro e micropolítico.

Embora o excesso de peso e obesidade requeiram uma série de esforços para seu enfrentamento, perda de peso não intencional em idosos também está associada ao aumento de mortalidade e, por isso, merece atenção adequada^{10,11}. Muitas vezes tal condição não é identificada nesta população, tampouco seus efeitos adversos¹⁰. Em estudo multicêntrico brasileiro que avaliou estado nutricional de 3.478 idosos, verificou-se 12% da população estudada com baixo peso¹².

O baixo peso em idosos pode decorrer de um processo denominado “anorexia do envelhecimento”, que está relacionado à perda de peso não intencional em idosos. Este processo refere-se à redução fisiológica no apetite, no consumo alimentar e consequente diminuição da ingestão calórica, podendo levar, além da perda de peso, à desnutrição e a outros desfechos negativos à saúde¹³. Salieta-se que a desnutrição é um transtorno corporal produzido pelo desequilíbrio entre o aporte de nutrientes e as necessidades do indivíduo, motivado por uma dieta inadequada, ou por fatores que comprometam a ingestão, absorção e utilização dos nutrientes como quadros inflamatórios, agudos ou crônicos, que podem gerar necessidades nutricionais aumentadas^{14,15}.

Alguns fatores fisiológicos podem estar associados a “anorexia do envelhecimento” e consequente perda de peso não intencional, como: perda parcial ou total da visão que dificulte a seleção, preparo e consumo dos alimentos; perda ou redução da capacidade olfativa, interferindo no apetite; alterações nos mecanismos hormonais de fome e saciedade; alterações na motilidade do trato gastrointestinal; dificuldade de mastigação por lesão oral ou por uso de prótese dentária; dificuldade

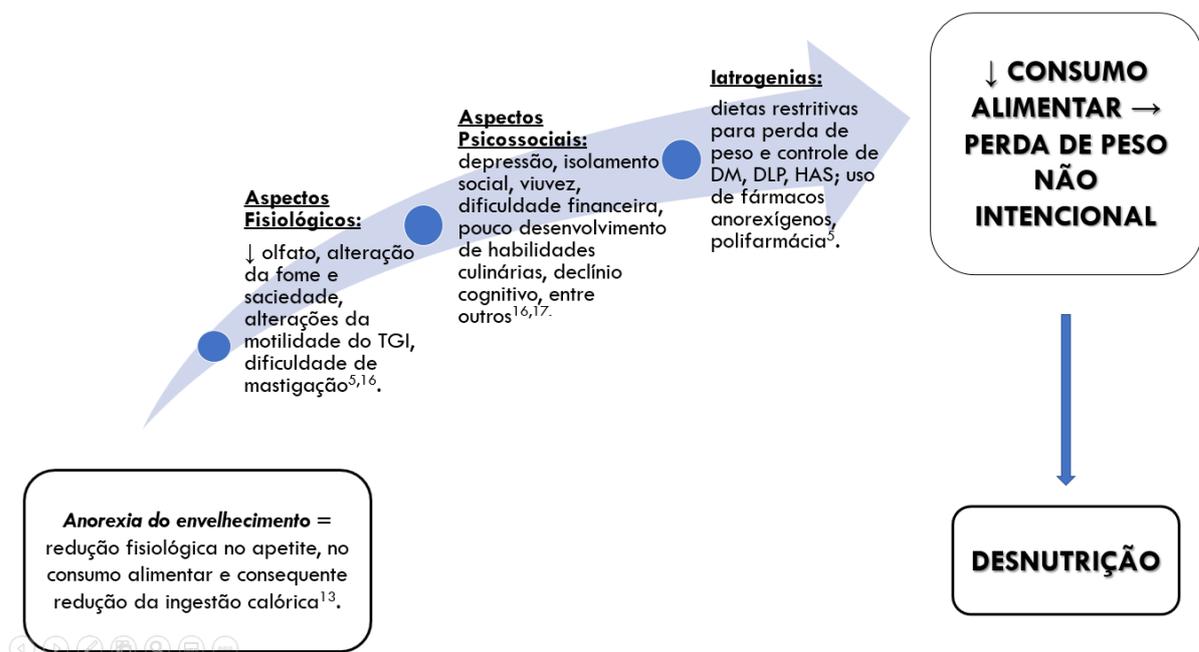
para deglutir alimentos e diminuição da sensação de sede e da percepção da temperatura dos alimentos^{5,16}.

Em relação aos fatores psicossociais associados à “anorexia do envelhecimento” e à diminuição do consumo alimentar nesta população observam-se questões como depressão, declínio cognitivo, etilismo, isolamento social, baixo suporte social, viuvez, pouco desenvolvimento de habilidades culinárias e problemas financeiros que interferem no poder de compra dos alimentos^{16,17}.

Profissionais de saúde devem estar atentos, ainda, a iatrogenias que venham a interferir no consumo alimentar das pessoas idosas, como orientações nutricionais para restrição alimentar visando perda de peso ou o controle de diabetes, hipertensão e dislipidemias, além do uso de fármacos que interfiram no apetite e a polifarmácia⁵.

Fatores associados à “anorexia do envelhecimento” e algumas consequências desse processo, como perda de peso não intencional e desnutrição são reafirmados na Figura 1.1.

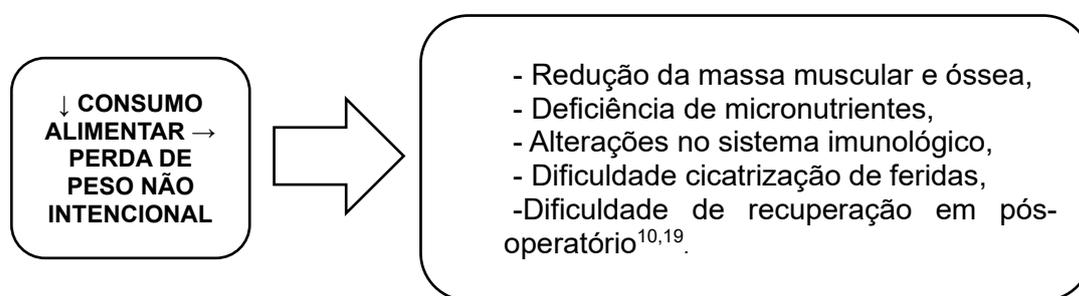
Figura 1.1 - Fatores associados à “Anorexia do envelhecimento” e perda de peso não intencional



Fonte: a autora.

Conforme ilustrado na Figura 1.2, a seguir, uma diminuição de consumo alimentar, seguida por perda de peso não intencional, pode ocasionar impactos negativos sobre a saúde dos indivíduos idosos, como redução da massa muscular e óssea, deficiências de micronutrientes, alterações no sistema imunológico, dificuldade em cicatrização de feridas, recuperação lenta após cirurgias, prejuízo em funções cognitivas, declínio do estado funcional, aumento do número de internações hospitalares e até mesmo morte prematura nestes indivíduos^{10,18,19}.

Figura 1.2 - Possíveis consequências da perda de peso não intencional



Fonte: a autora.

Para condições de saúde em que seja necessário haver perda de peso em idosos, como o controle de DCNT, este processo deve ser conduzido sob orientação profissional, utilizando-se parâmetros de avaliação e orientações adequados. Em meta-análise examinando a conexão entre perda de peso e mortalidade, evidenciou-se que a perda de peso não intencional foi associada a um aumento significativo na mortalidade (22% a 39%); enquanto a perda de peso intencional, aquela planejada e com orientação profissional adequada, não teve efeito significativo na mortalidade²⁰.

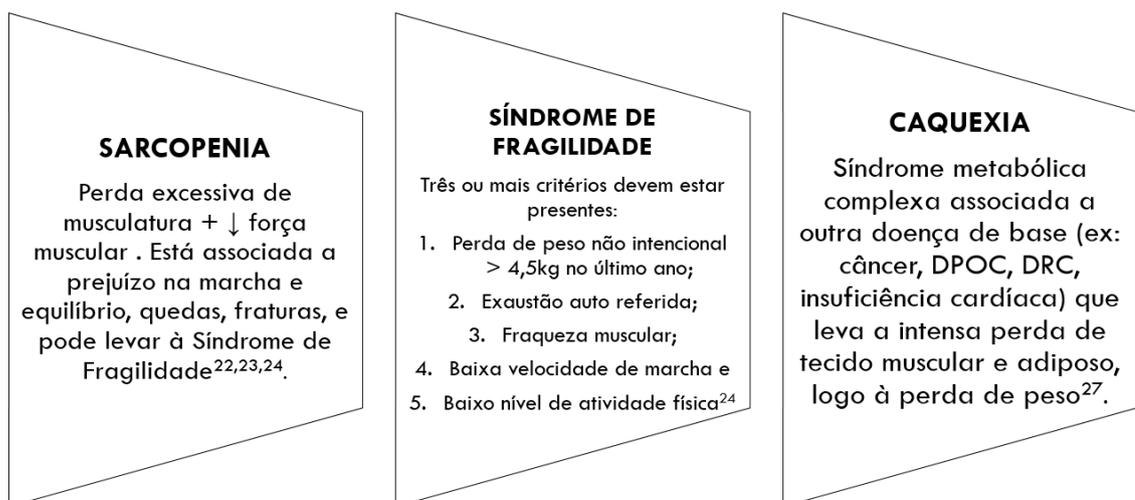
Salienta-se que com o processo de envelhecimento pode ocorrer perda de peso devido a diminuição de massa magra (composta por musculatura esquelética, órgãos, ossos e líquidos corporais) sendo que a partir dos 50 anos pode haver perda de até 3kg de massa magra por década, e a partir dos 60 anos, a perda de peso corporal é predominantemente de musculatura esquelética. As causas da perda de musculatura devido ao processo de envelhecimento e, conseqüentemente, de peso, ainda não estão completamente elucidadas¹⁰. Algumas alterações no estado de saúde podem decorrer do processo de perda de peso, seja ele intencional ou não, e devem ser observadas pelos profissionais de saúde.

A perda de peso em idosos pode estar associada a questões de saúde mais graves e que requerem manejo específico, conforme evidenciado na Figura 1.3. A sarcopenia, por exemplo, é uma alteração no estado de saúde em que ocorre perda de massa muscular excessiva associada a diminuição de força muscular. Estima-se que a sarcopenia atinja 17% da população idosa no Brasil²¹. Esta condição em idosos está associada a prejuízo na marcha e equilíbrio, quedas, fraturas, e pode levar à Síndrome de Fragilidade^{22,23}.

A Síndrome de Fragilidade, por sua vez, é uma síndrome clínica em que três ou mais dos critérios descritos a seguir devem estar presentes no indivíduo idoso: 1) perda de peso não intencional maior que 4,5kg no último ano corrente, 2) exaustão autorreferida, 3) fraqueza muscular (verificada pelo teste de força de preensão palmar), 4) baixa velocidade de marcha e 5) baixo nível de atividade física²⁴. Estudos nacionais indicam prevalência de Síndrome de Fragilidade entre 9,0% e 17,1% dos idosos brasileiros^{25,26}.

A caquexia, que é uma síndrome metabólica complexa, também leva a perda de peso devido à intensa diminuição de tecido muscular e adiposo e está associada a outra doença de base, como câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doença renal crônica (DRC), insuficiência cardíaca²⁷.

Figura 1.3 - Alterações no estado de saúde associadas à perda de peso, intencional ou não intencional, em idosos



Fonte: a autora.

Os fatores associados às alterações do estado nutricional em idosos, como a perda de peso não intencional, são diversos, e podem acarretar desfechos negativos à saúde e perda de funcionalidade desta população. Entretanto, boa parte destes fatores são evitáveis por meio do atendimento e cuidado em saúde adequados aos indivíduos idosos. Desta maneira, admite-se a necessidade de atenção à condição de perda de peso não intencional por diferentes profissionais da saúde, em todos os níveis da Rede de Atenção à Saúde no SUS, para sua abordagem integral e complexificada.

1.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: A ATENÇÃO BÁSICA (AB) COMO ESTRATÉGICA PARA O CUIDADO À PESSOA IDOSA

O processo de envelhecimento ocorre de maneira desigual no mundo. Países desenvolvidos, de maneira geral, se prepararam para este fenômeno, realizando melhorias nas condições gerais de vida da população com a elaboração de políticas públicas de diversos setores. Já nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o envelhecimento populacional ocorreu de forma rápida, sem tempo hábil para uma reorganização social e de saúde adequada para atender às novas demandas que surgem^{4,5}.

Em relação às políticas de saúde do Brasil, temos a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da lei nº 8080²⁸. Importante ressaltar que o SUS é uma política de saúde relativamente recente, tendo origem em movimentos do período de redemocratização do Brasil do final da década de 1980, ou seja, o sistema tem pouco mais de 30 anos de existência. Os princípios doutrinários do SUS buscam garantir à população brasileira universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade e igualdade da assistência à saúde²⁸.

Na lógica do SUS, a Atenção Básica (AB) atua como porta de entrada preferencial do usuário no sistema, e é responsável pela orientação dele nos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), como ambulatorios de especialidades, hospitais, entre outros²⁹. Espera-se que a AB seja resolutiva, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, capazes de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitária efetivas,

centradas na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e dos grupos sociais²⁹.

Do SUS derivam outras políticas de saúde para diferentes linhas de cuidado, como a atenção a população idosa. Na AB é possível intervir junto a este público-alvo utilizando-se diferentes estratégias, como ações coletivas na comunidade, atividades em grupo, participação dos usuários em redes sociais, sendo estes recursos fundamentais nas dimensões social e cultural⁵. A AB também realiza atenção domiciliar, podendo assistir indivíduos idosos que apresentem limitações físicas e tenham restrições para sair de suas residências.

Diversos estudos evidenciam ações da AB como fundamentais para diminuição de hospitalizações em diferentes faixas etárias^{30,31}. Dessa maneira, a AB é estratégica para evitar hospitalizações as quais idosos com limitações funcionais estão mais propensos, e deve direcionar as ações em saúde a esta população³².

Alguns documentos e materiais do Ministério da Saúde são marcos e podem servir como norteadores para a atuação dos diferentes profissionais de saúde inseridos no SUS junto à população idosa, com destaque para aqueles vinculados à Atenção Básica.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), publicada em 2006, debruça-se sobre a importância do envelhecimento saudável e funcional, atenção integral e integrada, com a proposta de uso de instrumentos técnicos validados para avaliação funcional e psicossocial. O documento também privilegia a importância das ações preventivas, desenvolvidas dentro da AB, em comparação às ações curativas tardias³³.

Os diferentes Cadernos de Atenção Básica (CAB) também podem ser utilizados no cuidado a este público, como os que tratam de condições crônicas de saúde comuns aos idosos (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, por exemplo). Dentre os CAB destaca-se o de nº 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa⁵. Este Caderno, publicado em 2006, visa a promoção do envelhecimento saudável e manutenção da funcionalidade, autonomia e independência da pessoa idosa. Propõe hábitos de vida saudáveis, utilização de uma série de instrumentos de avaliação global e multidimensional da pessoa idosa, bem como o manejo de condições clínicas comuns neste público.

Para avaliação antropométrica de pessoas idosas, o CAB n^o19 recomenda uso do Índice de Massa Corporal (IMC), que é a razão do peso pela altura ao quadrado. A avaliação do resultado do IMC na pessoa idosa difere dos parâmetros de indivíduos adultos, pois a pessoa idosa apresenta declínio de estatura, diminuição de peso em relação ao indivíduo adulto, alterações ósseas e em tecido adiposo e redução na massa muscular⁵.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, publicada pelo Ministério da Saúde em 2014, também se constitui instrumento útil para auxiliar no manejo de saúde da pessoa idosa, podendo ser utilizada pelas equipes de saúde, pelo próprio idoso, seus familiares e cuidadores. Em sua 3^a edição, de 2014, contempla registro de informações sobre dados pessoais, sociais, controle do uso de medicamentos, diagnósticos e doenças, dados sobre quedas, hábitos de vida, situação vacinal, entre outros³⁴.

Em relação à avaliação antropométrica, a Caderneta propõe o uso do IMC, igualmente ao CAB n^o19, e insere uma pergunta sobre perda de peso não intencional de 4,5kg ou 5% do peso corporal em um ano, sendo essa uma das questões que compõe o rastreio da síndrome de Fragilidade²⁴. A aferição da Circunferência de Panturrilha (CP) também é recomendada na Caderneta como parâmetro de avaliação de massa muscular e rastreio de sarcopenia³⁴.

Em relação à promoção da alimentação adequada e saudável para idosos, cabe destacar o Guia Alimentar Para a População Brasileira³⁵. O Guia Alimentar é elaborado para uso do público em geral de qualquer faixa etária, bem como por diferentes profissionais de saúde. Ele enfatiza a importância da dimensão social da alimentação, com orientações sobre o ato de comer, a importância de realizar refeições com companhia, e incentiva o “cozinhar”, condições para as quais os indivíduos idosos podem apresentar dificuldade. Também fornece informações sobre a classificação dos alimentos segundo o seu grau de processamento na indústria de alimentos e prioriza o consumo dos alimentos in natura ou minimamente processados em detrimento aos alimentos ultraprocessados³⁵.

A partir do Guia Alimentar, o Ministério da Saúde lançou em 2021 alguns protocolos para apoio à prática clínica dos profissionais de saúde, que amparam a avaliação do consumo e orientação alimentar individual para diferentes faixas etárias, incluindo a população idosa³⁶. O documento reafirma a importância do consumo de alimentos in natura ou minimamente processados ao invés dos ultraprocessados,

além de chamar a atenção para o fato de que os profissionais de saúde devem atentar-se às alterações fisiológicas e psicossociais, além da capacidade funcional e da rede de apoio da pessoa idosa, realizando orientações de acordo com as necessidades desse sujeito.

Todos os documentos mencionados estão disponíveis ao público e podem ser utilizados pelos diferentes profissionais da AB para oferecer cuidados em saúde e relativos à alimentação e nutrição dos indivíduos idosos que apresentam perda de peso não intencional. Embora haja distribuição dos materiais às UBS e disponibilização dos mesmos em versões digitais, na prática observamos que nem sempre tais documentos são consultados pelos profissionais de saúde que estão em contato com esta população, devido questões como sobrecarga de trabalho e falta de espaços para leitura e reflexão³⁷.

1.4 IMPORTÂNCIA DO TRABALHO EM EQUIPE INTERPROFISSIONAL

O modelo de AB presente no Brasil é constituído pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que abrange equipes interprofissionais compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Para compor e aumentar resolutividade na AB, o Ministério da Saúde, em 2008, implementou as equipes do Núcleo Ampliado em Saúde da Família e Atenção Primária (Nasf-AP), também denominados como “NASF”, que visam ampliar abrangência e o escopo das ações da AB junto à Estratégia Saúde da Família (ESF)³⁸. Estas equipes podem atuar de maneira integrada aos serviços da RAS, além de outros equipamentos intersetoriais, como os da assistência social³⁸.

O trabalho dos NASF é orientado pelo referencial do Apoio Matricial, que é uma estratégia de organização do trabalho em saúde a partir da integração de equipes de Saúde da Família (EqSF) envolvidas na atenção às situações/problemas comuns de seu território com equipes ou profissionais de núcleos de conhecimento diferentes³⁹. O Apoio Matricial é representado por duas diferentes dimensões de suporte: assistencial, que é aquela que produz ação clínica direta com os usuários, e técnico-

pedagógica, que produz ação de apoio educativo com e para a equipe de Saúde da Família³⁸.

As Equipes de Saúde da Família e do NASF, por meio da interprofissionalidade representada pelas categorias profissionais diversas, devem estar implicadas no cuidado em saúde da pessoa idosa com perda de peso não intencional. Ações em alimentação e nutrição são fundamentais para este cuidado, e o nutricionista é considerado profissional importante neste processo. Na AB, ele deve prestar Apoio Matricial à equipe de saúde para elaboração de Projeto Terapêutico-Singular (PTS) para esta população. Também pode atuar nos diversos espaços de apoio matricial, como reuniões, ações de educação permanente, atendimentos individuais e compartilhados com outros profissionais e abordagens grupais³⁸.

A abordagem interprofissional, global e multidimensional da pessoa idosa, realizada em âmbito da AB, considerando fatores físicos, sociais e psicológicos, conforme já mencionado, tende a aumentar a resolubilidade e a qualidade da atenção à saúde^{24,40}. A flexibilização entre as diferentes profissões permite otimizar recursos e ampliar a atenção à heterogeneidade e complexidade das necessidades de saúde de usuários e populações, prezando pelo olhar integral em relação à saúde dos indivíduos idosos com perda de peso não intencional^{40,41}.

Embora a presença do nutricionista seja importante no cuidado ao indivíduo idoso com perda de peso não intencional, espera-se que a atenção à esta população possa ser realizada por distintos profissionais da AB, considerando a prática colaborativa e a multiplicidade de fatores envolvidos neste processo, que ultrapassam o ato de alimentar-se e nutrir-se⁴⁰. Situações em que o idoso reside sozinho e não consegue preparar suas refeições devido a dificuldades de ordem motora, sensorial, cognitiva e/ou emocional, ou situações de vulnerabilidade social que afetam a disponibilidade de alimentos, são exemplos em que o cuidado requererá atenção de outros profissionais de saúde, e por vezes ações intersetoriais, como o envolvimento da rede de Assistência Social.

A despeito da importância do trabalho em equipe interprofissional, observa-se atualmente que o processo de trabalho das EqSF é atravessado por questões que, por vezes, desconsideram o cuidado integral ao indivíduo. Em pesquisa com profissionais da AB no município de São Paulo, observou-se que a necessidade de cumprir metas de produção pelas EqSF, como número alto de consultas específicas

e agendas pouco flexíveis, dificultou o trabalho compartilhado e reflexivo junto às equipes do NASF⁴².

Segundo Braverman (1981)^{*}, citado por Ribeiro et al.⁴³, o trabalho dentro do setor de serviços, que engloba o setor saúde e os processos de trabalho dentro do Programa Saúde da Família, ainda se pautam na teoria Taylorista, que preconiza tempo de execução de tarefas, registro de quantidade de trabalho produzido, rotinização, dentre outras questões, que visam aumentar a produtividade do trabalho e mecanização da produção.

Para a consolidação das políticas de saúde e a promoção do envelhecimento ativo e saudável, incluindo prevenção de desfechos negativos relacionados ao estado nutricional dos idosos, é fundamental que o trabalho em equipe interprofissional no âmbito da AB seja efetivo.

1.5 PANORAMA DO ENVELHECIMENTO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO E A POLÍTICA MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA

Todos os distritos do município de São Paulo têm apresentado aumento expressivo em sua população idosa, em consonância com o cenário brasileiro. Estima-se em 2020 projeção de 15,6% de pessoas idosas na cidade, e em 2030, 20,06%^{44,45}.

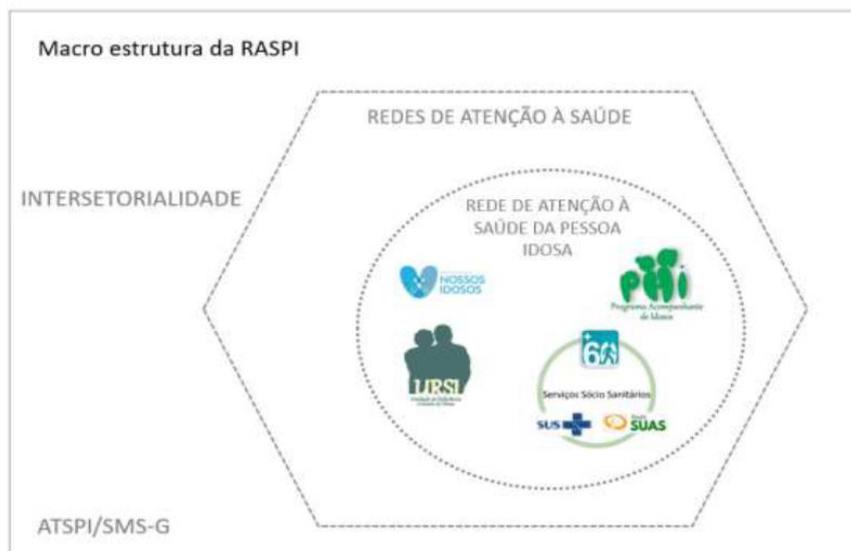
O cuidado a população nessa fase da vida requer atuação intersetorial, e, neste sentido, a Área Técnica de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (ATSPI) tem organizado a Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (RASPI), de modo a alcançar as pessoas idosas do Município de São Paulo.

A intersetorialidade (Figura 1.4) é compreendida como a articulação entre as políticas públicas, objetivando-se ações conjuntas destinadas a proteção social, a inclusão e enfrentamento das desigualdades sociais identificadas. A macroestrutura

^{*} Braverman H. Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro: Zahar; 1981.

da RASPI no Município de São Paulo inclui a atuação intersetorial como chave para garantia de assistência adequada ao número expressivo de idosos em toda a cidade⁴⁵.

Figura 1.4 - Macroestrutura da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa



Fonte: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.⁴⁵

Visando ampliação e garantia de cuidados à população idosa, a Prefeitura do Município de São Paulo (PMSP) incluiu em seu Programa de Metas 2017-2020 a meta de Desenvolvimento Social nº 7, que objetivava conquistar o selo pleno do Programa São Paulo Amigo do Idoso⁴⁶. Esta meta previa tornar São Paulo em uma cidade que promova o envelhecimento ativo e melhore a qualidade de vida da pessoa idosa⁴⁶. Em 2020 a Cidade recebeu o Selo Intermediário “Amigo do Idoso” por cumprir seis metas até o fim de 2019, em áreas como saúde, transporte e assistência social[†].

No âmbito da saúde, e em conformidade com a PNSPI, por meio da Portaria SMS nº 202/2019, a Secretaria Municipal de Saúde regulamentou a Política Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, tendo como ênfase a promoção da independência e da autonomia, utilizando a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI-AB) como organizadora dos fluxos da RASPI⁴⁵ (Anexo A). Este instrumento, implementado no Município de São Paulo em 2014, foi elaborado com base no Caderno de Atenção Básica nº19 do Ministério da Saúde⁵ e é composto por Questionário Inicial com 17 parâmetros sobre saúde e funcionalidade,

[†] [Prefeitura de São Paulo recebe Selo Intermediário Amigo do Idoso — Prefeitura \(capital.sp.gov.br\)](http://capital.sp.gov.br)

abrangendo as dimensões física, cognitiva, social e funcional. As respostas a essas questões geram pontuação que classificam a pessoa idosa em Saudável (0 a 5 pontos), Pré-frágil (6 a 10 pontos) e Frágil (≥ 11 pontos). A AMPI-AB inclui, ainda, questionário acerca de dados sociais⁴⁷. A partir dos resultados da primeira etapa, complementa-se os questionários com testes de Rastreamento Funcional, a saber: testes de *Katz e Lawton* para Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária, respectivamente; Teste de Velocidade Habitual de Marcha para avaliação de locomoção e equilíbrio; Escala de Depressão Geriátrica (versão reduzida) para rastreamento de alterações de humor; *10-Point Cognitive Screener* (10-CS) para rastreamento de alterações da função cognitiva; Escala Optométrica de *Snellen* para rastreamento de acuidade visual e Teste do Sussurro para rastreamento de acuidade auditiva. Ainda, os testes de rastreamento devem ser complementados com registro de dados antropométricos da pessoa idosa, a partir da aferição de peso, altura, índice de massa corporal e circunferência de panturrilha⁴⁸.

Espera-se que diferentes profissionais das equipes de saúde da AB estejam implicados na utilização da AMPI-AB e de seus testes uma vez que, a partir deste rastreio, deve-se realizar o Projeto Terapêutico Singular (PTS) para propor estratégias de intervenção. O grau de fragilidade indicado pelo Questionário Inicial da AMPI-AB é orientador para o fluxo a ser seguido pela pessoa idosa na RASPI. Idosos saudáveis e pré-frágeis, com condições crônicas de saúde de baixa complexidades são atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Idosos frágeis, com patologias mais complexas e condições específicas da população idosa podem ser encaminhados para centros especializados em idosos, presentes em diferentes regiões do Município de São Paulo, como as Unidades de Referência em Saúde do Idoso (URSI), os Ambulatórios Médicos de Especialidades do Idoso (AME Idoso), os Centros de Referência do Idoso (CRI) e o Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia (IPGG)^{45,49}.

A utilização sistemática da AMPI-AB visa também ampliação da RASPI, como adequação e criação de novas Unidades de Referência à Saúde do Idoso (URSI), ampliação das equipes do Programa de Acompanhante de Idosos (PAI), implantação de novos Centros-Dia para Idosos (CDI), implantação de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), ampliação da atenção hospitalar, dentre outras ações^{46,47,50,51}.

O Município de São Paulo possui, ainda, outros equipamentos, tanto na esfera da saúde como da assistência social, para o cuidado da pessoa idosa, como os Centros de Acolhida Especiais para Idosos (CAEI), o Centro de Referência e Cidadania dos Idosos (CRECI), os Núcleos de Convivência do Idoso (NCI), entre outros, conforme apresentado na Figura 1.5^{52,53}.

Figura 1.5 - Intersetorialidade no microterritório



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.⁴⁹

Ainda, no âmbito da AB, a portaria 202/2019 orienta a realização do “Programa Nossos Idosos” nas UBS do Município. As prioridades do Programa são: a manutenção e melhoria da capacidade funcional, a reabilitação da capacidade funcional restrita e psicossocial, o estímulo à prática cotidiana de atividades físicas e corporais como promotoras do envelhecimento ativo e de combate ao sedentarismo, o controle de doenças crônicas tais como Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, o desenvolvimento de ações de capacitação aos profissionais de saúde, que prestam serviço ao município, visando o atendimento específico às necessidades da população idosa⁴⁵.

O Programa prevê realização de ações específicas para a população idosa, pautadas no perfil obtido através das AMPI-AB realizadas. Tais ações podem ser coletivas ou individuais, podendo ser realizadas na denominada “Sala do Idoso” ou

em qualquer outro local da UBS ou do território adscrito, conforme apresentado na Figura 1.6⁴⁵.

Figura 1.6 - Propostas de programação para as ações do Programa Nossos Idosos (Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa

ATIVIDADES MULTIDISCIPLINARES TEMÁTICAS					
QUÊ?	AVALIAÇÃO FUNCIONAL: COGNITIVA HUMOR	AVALIAÇÃO FUNCIONAL: MOBILIDADE FÍSICA INSTABILIDADE POSTURAL QUEDAS	SAÚDE BUCAL SEGURANÇA ALIMENTAR	RASTREAMENTO E CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICAS IATROGENIAS	IMUNIZAÇÃO PREVENÇÃO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS
COMO?	<ul style="list-style-type: none"> - RASTREAMENTO COGNITIVO - OFICINA DE MEMÓRIA - TERAPIAS COGNITIVAS - TERAPIAS COMPORTAMENTAIS - GRUPO INTERGERACIONAL - CONSULTA MÉDICA / ENFERMAGEM 	<ul style="list-style-type: none"> - RASTREAMENTO DA CAPACIDADE MOTORA - GRUPOS DE MOTRICIDADE - TAI CHI CHUAN/ LIANG KONG - DANÇA CIRCULAR / DANÇASENIOR - GRUPO INTERGERACIONAL - CONSULTA MÉDICA / ENFERMAGEM 	<ul style="list-style-type: none"> - AVALIAÇÃO NUTRICIONAL - GRUPOS DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL - AVALIAÇÃO DE SAÚDE BUCAL - CAMPANHA DE PREVENÇÃO DE CA BUCAL - CONSULTA MÉDICA/ENFERMAGEM 	<ul style="list-style-type: none"> - CONTROLE DE EXAMES - GRUPOS TEMÁTICOS - CONSULTA FARMACÉUTICA - CONSULTA MÉDICA/ ENFERMAGEM 	<ul style="list-style-type: none"> - CONTROLE DO CALENDÁRIO VACINAL - CAMPANHA DE VACINAÇÃO - REALIZAÇÃO DE TESTE RÁPIDO HIV/SIFILIS - CONSULTA MÉDICA/ ENFERMAGEM
QUEM?	<ul style="list-style-type: none"> - NASF - PICS - CECCO - CAPS - PAI/ - URSI - ESF/EAB 	<ul style="list-style-type: none"> - NASF - CER - CECCO - PICS - PAI / - URSI - ESF/EAB 	<ul style="list-style-type: none"> - CEO - CER - NASF - PAVS - PAI/ - URSI - ESF/EAB 	<ul style="list-style-type: none"> - NASF - PAVS - PICS - PAI/URSI - ESF/EAB 	<ul style="list-style-type: none"> - NASF - PAI - URSI - CTA - CR DST/AIDS - ESF/EAB
SENSIBILIZAÇÃO DE TODAS AS EQUIPES PARA ATENÇÃO AOS SINAIS DE VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA					

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.⁴⁹

1.6 CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA REGIÃO CENTRO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

A Região Centro do Município de São Paulo é constituída por oito distritos: Bela Vista, Bom Retiro, Cambuci, Consolação, Liberdade, República, Santa Cecília e Sé. Segundo dados da Prefeitura, o índice de envelhecimento desta população foi estimado em 124,80% em 2010, sendo maior entre as mulheres. Este índice é o 3º maior da cidade, ficando abaixo apenas das regiões de Pinheiros e Vila Mariana⁵⁴.

Vinculados à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), os serviços de saúde da Região Centro estão sob gestão da Coordenadoria Regional de Saúde Centro

(CRSC), que se divide em duas Supervisões Técnicas de Saúde (STS): Santa Cecília e Sé⁵⁵.

Diversos serviços de saúde compõem a RAS na região, conforme apresentado no Quadro 1.1.

Quadro 1.1 - Distribuição de serviços de saúde da Coordenadoria Regional de Saúde Centro, segundo Supervisão Técnica de Saúde

STS Santa Cecília	STS Sé
02 Assistência Médica Ambulatorial (AMA)	01 Assistência Médica Ambulatorial (AMA)
01 AMA Especialidades (AMAE)	02 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD III)
01 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III (CAPS AD III)	01 Centro de Atenção Psicossocial Adulto II (CAPS Adulto II)
01 Pronto Socorro (PS)	01 Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil III (CAPS IJ III)
01 Serviço de Assistência Especializada em DST/AIDS (SAE DST/AIDS)	01 Centro Especializado Odontológico III (CEO III)
03 Unidades Básicas de Saúde (UBS)	01 Centro Especializado de Reabilitação III (CER III)
01 Unidade de Referência em Saúde do Idoso (URSI)	01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST)
	01 Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS (CTA DST/AIDS)
	03 Hospital Municipais
	05 Unidades Básicas de Saúde (UBS)
	01 Centro Diagnóstico por Imagem
	01 Unidade de Medicinas Tradicionais (UMT)

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde⁵⁵

A despeito da quantidade de equipamentos observa-se sua distribuição desigual na região, conforme figura 1.7.

físicas, polifarmácia, humor deprimido, alterações de memória, perda de peso não intencional, alterações odontológicas, entre outros. Tais situações impactam na funcionalidade e qualidade de vida dos idosos, podendo afetar a realização de atividades de vida diária, como o planejamento e elaboração de refeições, o ato de comer, levando estes indivíduos a se alimentarem mal em qualidade e quantidade.

O ato de comer, de alimentar-se, de nutrir-se, envolve uma série de fatores que extrapolam a composição nutricional de um alimento. Um indivíduo come por diversos motivos: porque necessita, porque está habituado, porque gosta, porque alguém preparou a refeição, porque está comemorando algo importante, entre outros motivos. Da mesma maneira, o deixar de comer também sofre influência destes e de outros fatores biopsicossociais.

Neste sentido surge o interesse pela atenção nutricional à pessoa idosa, especialmente após a aplicação maciça da AMPI-AB, que contém questão específica sobre perda de peso não intencional. A hipótese inicial de pesquisa é que, embora fosse situação relativamente comum entre idosos, e ainda que houvesse pergunta específica na AMPI-AB, o assunto era pouco explorado pelos trabalhadores de saúde da AB na Região Centro de São Paulo.

O enfoque na atenção nutricional é fundamental para prevenir agravos em saúde e promover qualidade de vida nesta população. Como nutricionista e com base em resultados de aplicação da AMPI-AB, identifiquei a importância do trabalho interprofissional para o cuidado da população idosa com perda de peso não intencional. Diferentes profissionais conferem multiplicidade de olhares sobre os fatores determinantes das alterações no consumo alimentar e consequente perda de peso não intencional, e contribuem para a construção de Projetos Terapêutico-Singulares para este público-alvo.

Embora seja um potente instrumento de rastreio em saúde e a abordagem interprofissional seja reconhecida como fundamental para qualidade da atenção a idosos, em minha prática cotidiana, observo que os resultados obtidos com a aplicação da AMPI-AB têm sido pouco explorados dentro de suas possibilidades pelas equipes de saúde, não cumprindo expectativas de amparar reflexões e gestão do cuidado a idosos pela equipe interprofissional, dentre esses incluem-se idosos que informam perda de peso não intencional.

Nos últimos anos temos visto uma série de proposições para consolidação da RASPI no Município, entretanto, as políticas públicas existentes para este público-alvo

ainda são incipientes, tendo em vista as inúmeras situações de saúde e sociais a que estão submetidos os indivíduos idosos no município, e muitos são os desafios para os diferentes setores implicados neste cuidado.

Buscando contribuir com o fortalecimento da RASPI no Município de São Paulo, no que se refere identificação e intervenção junto aos idosos com perda de peso não intencional, me proponho a conhecer quais as percepções de diferentes profissionais de saúde da Atenção Básica em relação aos cuidados com pessoas idosas que apresentam essa condição.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Com o objetivo de aprofundar a discussão acerca da perda de peso não intencional em idosos, realizou-se revisão bibliográfica sobre a temática, que identificou treze trabalhos. Os resultados estão apresentados a seguir.

2.1 DISCUSSÃO DOS TRABALHOS LOCALIZADOS

Com base na leitura na íntegra, os treze trabalhos localizados foram divididos em seis temas principais, descritos a seguir:

2.1.1 Percepções de profissionais de saúde sobre desnutrição em idosos

Três trabalhos localizados tratam sobre percepção de profissionais no contexto da APS sobre a desnutrição em idosos: uma pesquisa entrevistou 16 médicos generalistas na Irlanda sobre suas experiências e opiniões no manejo da desnutrição em idosos e uso de Suplementos Nutricionais Orais (SNO)⁵⁶. Um segundo trabalho, realizado na Inglaterra, buscou explorar opiniões e práticas de diferentes profissionais de saúde da APS (n=60) como médicos generalistas, enfermeiros, nutricionistas e outros integrantes da equipe interprofissional sobre manejo da desnutrição em idosos⁵⁷. Outro trabalho foi conduzido com 22 profissionais holandeses, como nutricionistas e outros profissionais da área de nutrição, médicos, enfermeiros e pesquisadores holandeses sobre suas experiências com manejo da desnutrição na pessoa idosa na comunidade⁵⁸. A partir destes trabalhos, foram identificados dois subtemas:

2.1.1.1 A desnutrição em idosos não identificada como problema

Entre profissionais irlandeses, muitos *não identificam a desnutrição como um problema isolado*, mas que ela está usualmente associada a outras questões de saúde, como câncer, doenças intestinais, pós-operatório ou questões de saúde mental⁵⁶. Os profissionais ingleses identificaram possíveis causas para a desnutrição em idosos, como alterações de humor, depressão, solidão, isolamento social, morar sozinho e ter ou não habilidades culinárias⁵⁷. Entretanto, assim como os profissionais irlandeses, nem sempre os ingleses *identificavam a perda de peso não intencional como uma questão que por si só necessite de cuidados*. Usualmente realizava-se investigação clínica e, na ausência de uma malignidade, não costumavam realizar intervenção para o quadro de perda de peso que se apresentava. Estes dois trabalhos também demonstraram que, de modo geral, quanto ao estado nutricional de pessoas idosas, há maior preocupação dos profissionais de saúde com excesso de peso e obesidade⁵⁷.

Os profissionais holandeses reportaram que muitos idosos apresentam questões como *perda de paladar e perda de apetite*. Alguns perdem a motivação para cozinhar por estarem sozinhos. Também relataram que muitos idosos *não identificam a desnutrição*: “ninguém vem ao meu consultório e se queixa de ter perdido peso”. Quando identificam, não julgam como um problema, e também não acreditam que a perda de peso seja algo negativo, mas algo natural do processo de envelhecimento⁵⁸.

2.1.1.2 Desafios identificados pelos profissionais da APS para o enfrentamento à desnutrição em idosos: da formação profissional à prática em serviços na APS

Nos três trabalhos sobre as percepções dos profissionais quanto à desnutrição em idosos, os participantes identificaram desafios para o cuidado à esta condição de saúde:

Os profissionais ingleses referiram *dificuldade em propor mudança de hábitos alimentares para as pessoas idosas*, devido aos padrões alimentares já estabelecidos ao longo da vida⁵⁷.

Já os profissionais irlandeses reconheceram que possivelmente a desnutrição seja algo mais comum do que eles imaginam, mas que devido ao *excesso de demandas clínicas e pouco tempo de atendimento* acabam por elencar outras prioridades de cuidado⁵⁶.

Os profissionais ingleses também relataram a *falta de tempo no atendimento para abordar a questão da desnutrição*, e, entre os participantes da pesquisa, houve divergência quanto a qual profissional poderia identificar com maior facilidade a desnutrição: os nutricionistas acreditavam que os médicos generalistas tinham maiores possibilidades para tal devido ao contato com os pacientes idosos para *checkups* anuais e vacinação de influenza; entretanto, os médicos reportaram sobrecarga de trabalho e não necessariamente viam a nutrição dentre as suas atribuições⁵⁷.

Os profissionais holandeses informaram *não ter clareza sobre quais profissionais deveriam ser envolvidos no cuidado à desnutrição*. Os profissionais não-médicos entrevistados consideraram que os médicos generalistas deveriam monitorar a desnutrição entre os idosos, entretanto, esta categoria profissional não se vê com tal atribuição. Estes profissionais também informaram que a *falta de tempo, falta de prioridades e falta de consciência dos profissionais* representavam barreiras para o monitoramento da desnutrição⁵⁸.

Os médicos irlandeses entrevistados mencionaram a *necessidade do envolvimento* de outros profissionais de saúde para manejo da desnutrição, como nutricionistas e enfermeiros. Entretanto, relataram que há *dificuldade em acessar nutricionistas* na Irlanda, e que há mais serviços disponíveis para o tratamento da obesidade em detrimento à desnutrição⁵⁶.

Os profissionais ingleses reconheceram a *necessidade de encaminhar os pacientes* para intervenção com nutricionista após realizar triagem de risco nutricional. Um desafio mencionado por estes profissionais para a identificação da desnutrição foi a *falta de conhecimentos sobre nutrição desde a faculdade até os cursos de especialização*, percepção compartilhada também pelos profissionais de saúde irlandeses^{56,57}.

Em relação às percepções de nutricionistas holandeses, estes referiram que, por vezes, eram acionados muito tardiamente e, desta maneira, o sucesso da intervenção nutricional diminuía consideravelmente⁵⁸.

Os nutricionistas ingleses demonstraram preocupação com as orientações nutricionais restritivas, que têm enfoque nas doenças cardiovasculares e diabetes mellitus, e que são constantemente reproduzidas pelos serviços de saúde ou via órgãos governamentais.⁵⁷

2.1.2 Percepções dos profissionais de saúde e dos idosos quanto ao uso de Suplementos Nutricionais Orais (SNO)

Alguns trabalhos abordam a prescrição de Suplementos Nutricional Oral (SNO) para idosos:

Os profissionais irlandeses concordaram que *primeiramente deve-se utilizar estratégias de manejo da alimentação antes da prescrição dos suplementos*, embora não dominem estas condutas. Muitos *mantêm prescrições hospitalares de suplementação, e não têm segurança em iniciar, modificar ou suspender o uso dos suplementos*⁵⁶.

Já os profissionais ingleses *questionaram as prescrições de SNO em excesso, pois geram custos ao sistema de saúde e, portanto, poderiam ser reconsideradas*⁵⁷.

Em revisão sistemática de 21 trabalhos sobre rastreio e tratamento da desnutrição em idosos na APS, os autores demonstraram que *profissionais de saúde têm preocupação em prescrever suplementos devido ao custo, ou por medo da dificuldade em realizar o desmame da suplementação*. Na perspectiva de idosos atendidos por profissionais da APS sobre o uso de SNO, *alguns referiram não os utilizar por constrangimento, por falta de opções, por receio quanto ao propósito da suplementação e desconforto ao uso*, apresentando sintomas como má digestão, por exemplo⁵⁹.

Em trabalho que realizou entrevistas na Inglaterra sobre o ato de comer com idosos da APS em risco de desnutrição, vários entrevistados informaram experiências com SNO, porém a maioria relatou dificuldade para continuidade do uso devido a textura dos suplementos e sensação de má digestão⁶⁰.

2.1.3 Percepções de idosos e cuidadores de idosos no contexto da APS sobre desnutrição: fatores biopsicossociais e assistenciais relacionados

Dois trabalhos sobre percepções de idosos quanto à desnutrição foram localizados, ambos realizados na Inglaterra: em 2020, pesquisadores realizaram entrevistas sobre o ato de comer com 23 idosos residentes na comunidade com uma ou mais condições sociais ou de saúde associadas a risco de desnutrição⁶⁰, e em 2019, foi conduzida pesquisa que entrevistou 33 idosos e cuidadores sobre risco de desnutrição⁶¹.

Nos dois trabalhos, os idosos e os cuidadores de idosos entrevistados identificaram condições que interferem no ato de comer, comprar comida e cozinhar, como dificuldade em mastigar, engolir e digerir certos alimentos, presença de doenças, internação hospitalar, imobilidade, quadros álgicos e uso de medicações. Os participantes referiram ainda *fatores psicossociais*, como viuvez, depressão, isolamento social, falta de tempo e de motivação. Os *hábitos alimentares* adquiridos ao longo da vida e as internações hospitalares também foram referidos como fatores que interferem no ato de fazer compras e preparar uma refeição, além da incapacidade de alguns idosos em cozinhar^{60,61}.

Entre os idosos entrevistados nos dois trabalhos, *há percepção da perda de apetite, diminuição do tamanho das porções alimentares consumidas, e, uma percepção positiva quanto à magreza e a perda de peso, ainda que não intencional*. Os entrevistados em geral não demonstraram preocupação com a perda de peso, mas sim com os efeitos do excesso de peso, e não tratavam sobre a perda de peso com seus médicos generalistas, por não enxergarem como um problema^{60,61}. Já os cuidadores entrevistados *identificavam e preocupavam-se com a perda de peso entre seus clientes, mas tinham pouco conhecimento sobre uma alimentação adequada*⁶¹.

Os idosos que moram sozinhos falaram positivamente sobre o suporte social que recebem de familiares ou cuidadores. Referiram que na companhia de outras pessoas tendem a comer melhor, porém é comum consumirem alimentos que não gostam devido a insistência de seus familiares⁶⁰.

A orientação nutricional, embora potencial cuidado a idosos no manejo ou prevenção de desnutrição, requer problematização. No trabalho de 2020, os idosos

referiram *desejar ajuda para mudança de hábitos alimentares* com enfoque em melhora do estado nutricional, mas afirmaram que *não seguem as orientações* dos profissionais de saúde por não as compreender ou aceitá-las⁶⁰.

Os idosos ingleses entrevistados referiram *receber orientações nutricionais para suas condições crônicas*, porém *nenhum deles relatou ter recebido orientação nutricional específica para aumento de calorias e proteínas*, visando cuidado com o risco de desnutrição. Ainda nesse estudo, alguns idosos informaram *preferir orientação por nutricionistas*, em vez de médicos ou enfermeiros⁶¹.

2.1.4 Implementação de triagem nutricional para idosos na APS como possibilidade de enfrentamento da desnutrição: percepções de profissionais e idosos

No trabalho realizado em 2019, os profissionais ingleses consideraram que o *contexto da Atenção Primária à Saúde é apropriado para o suporte nutricional* desta população, embora tenham observado a disponibilidade de recursos, a continuidade do cuidado e o treinamento de pessoal como itens fundamentais a serem considerados e assegurados para viabilizar esse suporte⁶¹.

Especificamente sobre implementação de triagem nutricional, foram localizados três trabalhos: uma revisão sistemática e duas pesquisas com profissionais da APS.

Em 2019 foi realizada revisão sistemática com 21 trabalhos internacionais sobre avaliação de barreiras e facilitadores referidos por profissionais de saúde e idosos no contexto da APS para rastreio e tratamento da desnutrição em idosos⁵⁹. Em 2015, na Austrália, foram conduzidas 25 entrevistas com profissionais de saúde da APS sobre aplicabilidade da triagem nutricional para idosos nesse nível de atenção⁶². Em 2013, na França, foram realizadas entrevistas presenciais e online com 493 médicos generalistas sobre implementação de triagem de desnutrição entre idosos na APS⁶³.

Embora apresentem metodologias diferentes, os três trabalhos informam achados semelhantes entre si e com outros trabalhos localizados nesta revisão, como a não percepção dos profissionais de saúde sobre a importância da atenção

nutricional aos indivíduos idosos. Na revisão de 2019, os autores identificaram que entre profissionais de saúde há uma crença de que a triagem nutricional não é necessária, realizando-a apenas em situações em que o paciente aparente estar abaixo do peso⁵⁹. Já entre os profissionais australianos, os autores verificaram que não é dada a devida importância à nutrição por parte dos médicos e enfermeiros generalistas, que consideram a nutrição como um trabalho para os nutricionistas⁶². Em contraponto, os entrevistados referem escassez de nutricionistas para o atendimento à população na Austrália, situação também informada pelos profissionais de saúde irlandeses^{56,62}.

Entre os profissionais participantes dos três trabalhos, há uma percepção de falta de conhecimento sobre nutrição: na revisão de literatura, os autores observaram que os profissionais de saúde participantes das pesquisas referiram não dominar técnicas de triagem e avaliação nutricional, não ter tempo para utilizá-las e julgam necessitar de treinamento⁵⁹. Entre os profissionais australianos, muitos informaram falta de conhecimento sobre triagem nutricional e falta de tempo para aplicá-la, assim como os profissionais franceses^{62,63}. Além da deficiência em conhecimento sobre triagem nutricional, os médicos participantes desta pesquisa também referiram dificuldade em realizá-la devido a esquecimento da aplicação da triagem, recompensa financeira insuficiente e condições de trabalho inadequadas. Achados semelhantes foram descritos anteriormente nesta revisão⁵⁶⁻⁵⁸.

NA revisão, os autores observaram algumas barreiras psicossociais em relação às percepções dos idosos sobre a triagem nutricional, como: não identificar importância em receber orientações nutricionais, reações negativas à triagem nutricional, como constrangimento em demonstrar ao profissional uma possível má alimentação, ou constrangimento à notícia de que estão em risco nutricional após realização da triagem. Alguns idosos também não recebiam bem a orientação sobre necessidade de ganho de peso. Também foram mencionadas as barreiras fisiológicas das pessoas idosas associadas à desnutrição, como dificuldade em mastigar e engolir alimentos e condições de saúde que interferem no consumo alimentar⁵⁹.

Assim como os achados da revisão de 2019⁵⁹, no trabalho, australiano os profissionais entrevistados mencionaram as atitudes semelhantes dos idosos perante o estado nutricional: muitos não dão a devida atenção ao assunto, e muitos não

gostam de tratar sobre seus hábitos alimentares, assim como os resultados encontrados entre profissionais ingleses e holandeses^{57,58,59,60,62}.

Os profissionais australianos levantaram oportunidades de implementação da triagem nutricional, como incorporá-la na triagem de saúde existente, realizá-la quando perceber que o paciente possivelmente apresenta estado nutricional alterado, e iniciativa da equipe para realizar a triagem nutricional⁶².

As informações extraídas de estudos especificamente com profissionais da APS permitem reafirmar temáticas já identificadas em outros trabalhos, quais sejam: desnutrição não identificada como problema por profissionais e idosos, barreiras para gestão e manejo da desnutrição em idosos e fatores biopsicossociais e assistenciais relacionados ao enfrentamento da desnutrição nessa população.

2.1.5 Intervenções sobre o estado nutricional de pessoas idosas na AB

Sobre este tema, foram localizados três trabalhos: uma revisão sistemática de nove trabalhos, realizada em 2019, que buscou identificar os efeitos da educação nutricional a cuidadores de idosos na comunidade e seu impacto sobre o estado nutricional destes idosos⁶⁴. Um estudo de intervenção nutricional, realizado em 2015 em Barcelona, na Espanha, que avaliou 328 idosos de 85 anos na APS⁶⁵. E o trabalho realizado em 2017, na região Sul do Brasil, com 1229 idosos atendidos na APS⁶⁶.

Na revisão sistemática, observou-se entre os achados, algumas evidências de que a educação nutricional aos cuidadores pode diminuir o risco nutricional em idosos, e um estudo demonstrou diminuição do risco de readmissão hospitalar. Apesar dos desfechos, as autoras trazem a ressalva de que as metodologias utilizadas foram pobres e as amostras eram pequenas, por isso, os resultados devem ser interpretados com cautela⁶⁴.

No estudo de intervenção nutricional conduzido na Espanha, os idosos participantes foram submetidos a uma série de avaliações: física, cognitiva, atividades de vida diária, número de quedas, número de internações, exames laboratoriais, avaliação de uso de medicações e foi realizada triagem de risco nutricional por meio da Mini Avaliação Nutricional (MAN). Foram realizados encaminhamentos necessários a partir das avaliações, e seguimento de dois anos com intervenção de profissionais

de saúde: os pacientes com alteração na triagem nutricional recebiam orientações nutricionais e demais necessárias. Os pacientes sem alteração na triagem nutricional recebiam tratamento médico com consultas. Os resultados do trabalho demonstraram que uma avaliação multifatorial com intervenção individual em idosos longevos residentes na comunidade não forneceu evidências de eficácia no estado nutricional, embora os indivíduos que estavam em “risco nutricional” segundo a MAN tenham apresentado melhora no estado nutricional após a intervenção. O prejuízo cognitivo foi um fator independente fortemente associado à piora do estado nutricional. Os autores do trabalho apontaram que seus resultados estão em consonância com outros trabalhos similares, que indicaram não observar melhora na composição corporal e ingestão energética após orientação individualizada de nutrição e atividade física, em idosos acima de 75 anos. Também discutiram não terem observado melhora em funcionalidade após a intervenção com educação nutricional, e trazem a informação de que programas de entrega de comida em casa a idosos podem impactar positivamente na capacidade de realização de atividades de vida diária⁶⁵.

Em estudo com idosos da região Sul do Brasil atendidos na APS, os participantes foram submetidos a triagem nutricional por meio da MAN e foi realizada associação dos resultados com ocorrência de hospitalização. Os autores observaram associação entre 11 itens da MAN e aumento do risco de hospitalização na população estudada, sendo 7 destes 11 itens associados de maneira independente. Três itens da MAN que indicam hábitos alimentares foram independentemente associados com hospitalização: consumo regular de alimentos-fonte de proteínas, diminuição na ingestão alimentar e via de alimentação (oral ou por via alternativa, como sonda ou estomias). A circunferência de panturrilha foi a única medida antropométrica aferida na MAN associada com hospitalização na população estudada. Os achados deste trabalho estão em consonância com diversos estudos que demonstram como o estado nutricional está associado à hospitalização entre idosos. Os autores concluem que são necessários mais estudos sobre o uso da MAN como instrumento de triagem para identificar risco nutricional entre os idosos na APS, favorecendo intervenções nutricionais precoces⁶⁶.

2.1.6 Intervenções com profissionais de saúde sobre nutrição em idosos

Dois trabalhos localizados na pesquisa bibliográfica realizaram intervenção com profissionais de saúde sobre nutrição em idosos: em 2014, na Austrália, foi conduzida intervenção junto a 22 profissionais da saúde da APS com treinamento da Mini Avaliação Nutricional (MAN), uso do instrumento com pessoas idosas (n=143) e entrevistas com os profissionais sobre a viabilidade de uso dele na prática⁶⁷. Na Irlanda, em 2011, foi realizada intervenção com 17 médicos generalistas na Irlanda: capacitação sobre nutrição e uso de suplementos nutricionais, realizada por nutricionista. Após, os profissionais capacitados foram acompanhados para verificação de aplicação do conteúdo apreendido com os pacientes idosos e, por fim, os pacientes acompanhados foram submetidos a avaliação do estado nutricional após um ano da intervenção⁶⁸.

No trabalho australiano, as percepções dos profissionais foram bastante positivas quanto a viabilidade, aplicabilidade, facilidade de uso, incorporação na prática profissional, benefícios aos pacientes e receptividade dos pacientes avaliados pela MAN. Também houve melhora no conhecimento dos profissionais de saúde sobre triagem nutricional ao final da intervenção⁶⁷.

Em consonância, o trabalho irlandês demonstrou que após um ano de intervenção sobre nutrição com os profissionais de saúde não nutricionistas, foi observada melhora na qualidade da realização do rastreio de estado nutricional, melhor avaliação de pacientes idosos em risco de desnutrição, maior número de orientações dietéticas realizadas e entregues por escrito aos idosos, prescrição de SNO de maneira mais racional, gerando menores gastos com estes suplementos entre os profissionais participantes do estudo do que o previsto pelo sistema de saúde irlandês. Em consequência, observou-se melhora do estado nutricional dos pacientes em acompanhamento, inclusive entre os atendidos por profissionais que não participaram do estudo. Os autores acreditam que isso se deva ao fato que outros profissionais, embora não tenham participado do estudo, participaram das capacitações⁶⁸.

2.2 CONSIDERAÇÕES FINAIS RELATIVAS À REVISÃO DA LITERATURA

Em relação à temática central desta pesquisa, não foram localizadas nas buscas em bases de dados científicas outros trabalhos que abranjam as percepções dos profissionais da Atenção Básica no Brasil quanto a perda de peso não intencional ou desnutrição entre idosos. Desta maneira, faz-se necessária a realização de novas pesquisas acerca do assunto.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a percepção de profissionais da AB sobre o estado nutricional de idosos usuários de UBS, com ênfase para perda de peso não intencional e, identificar possibilidades de intervenção a essa problemática pela equipe interprofissional.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Conhecer a percepção dos profissionais da AB sobre o estado nutricional de idosos usuários de UBS;
- 2) Compreender a percepção dos profissionais da AB sobre a perda de peso não intencional em idosos como condição a ser avaliada;
Identificar possíveis instrumentos utilizados para avaliação antropométrica de idosos na AB;
- 3) Identificar desafios para o cuidado interprofissional na AB dos indivíduos idosos com perda de peso não intencional;
Identificar possíveis estratégias para enfrentamento da perda de peso não intencional em idosos na AB por equipe interprofissional;
- 4) Elaborar material educativo com informações sobre o cuidado nutricional à pessoa idosa, visando instrumentalizar profissionais da Atenção Básica no Município de São Paulo.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, realizado por meio de Revisão de Literatura sobre a temática, além da pesquisa de campo, que foi conduzida em duas etapas: na primeira etapa buscou-se conhecer, por meio de entrevistas, a percepção de profissionais da AB acerca atenção aos idosos com perda de peso não intencional nesse nível de atenção, por equipe interprofissional. A segunda etapa do estudo compreendeu condução de grupo focal com os mesmos profissionais entrevistados em etapa anterior, visando compartilhamento de percepções e aprofundamento de reflexões sobre o fenômeno investigado.

4.2 METODOLOGIA DE BUSCA DE TRABALHOS PARA REVISÃO DE LITERATURA

Para localização de trabalhos relacionados à temática pesquisada, foi realizada busca nas bases de dados *Web Of Science*, *PubMed*, *Scopus* e *LILACS*, de modo a abranger a literatura da área publicada em periódicos no mundo todo, e que tenha sido revisada por pares. A busca na base *LILACS* foi realizada com o objetivo de localizar trabalhos publicados na América Latina e Caribe, incluindo, desta maneira, o Brasil.

Na base *PubMed (MEDLINE)*, a busca foi realizada em 27 de setembro de 2020, com os operadores de busca “Primary Health Care”, “Malnutrition” or “Undernutrition” or “Malnourishment”, or “Nutritional Deficiency”, “Aged” or “80 and over”, com filtro para os últimos 10 anos. Foram localizados 199 trabalhos, sendo 50 destes pré-selecionados por título. Após leitura dos resumos dos 50 trabalhos, sete foram selecionados de acordo com a pertinência do assunto para inclusão na revisão.

Na base de dados multidisciplinária *Web of Science*, foi realizada busca em 12 de outubro de 2020 com os tópicos (“malnutrition” OR “undernutrition” OR “nutritional deficiency*” OR malnourishment OR “unintentional weight loss”) AND: (“older adult*” OR elderly OR “older people*”) AND: (“primary health care” OR “primary healthcare” OR “primary care*”), com filtro entre os anos de 2010-2020. Foram obtidos 94 resultados, sendo 47 pré-selecionados por título para leitura dos resumos, e 13 para inclusão na revisão bibliográfica. Dois deles não apresentavam texto disponível na íntegra, resultando em 11 trabalhos. Destes 11, sete foram igualmente localizados na busca da PubMed, resultando em quatro novos trabalhos para inclusão na revisão.

Na base de dados *LILACS*, a busca foi realizada em 27 de setembro de 2020 com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): (“desnutrição” AND “atenção primária a saúde” AND “idoso” OR “idoso de 80 anos ou mais”), aplicando filtro para seleção dos últimos 10 anos. Foram encontrados dois resultados, e nenhum destes foi selecionado para leitura na íntegra por não terem pertinência à temática do estudo.

Na base de dados *Scopus (Elsevier)*, a busca foi realizada em 01 de dezembro de 2020 com os mesmos tópicos utilizados na *Web of Science*: (“malnutrition” OR “undernutrition” OR “nutritional deficiency*” OR malnourishment OR “unintentional weight loss”) AND: (“older adult*” OR elderly OR “older people*”) AND: (“primary healthcare” OR “primary healthcare” OR “primary care*”), com filtro entre os anos de 2010-2020. Foram obtidos 119 resultados, tendo sido selecionados cinco trabalhos para leitura dos resumos conforme pertinência do tema e não repetição de resultados das buscas previamente realizadas. Dos cinco resultados, dois trabalhos foram selecionados para inclusão na revisão.

Desta maneira, foram incluídos treze trabalhos na revisão, descritos no Quadro 4.1:

Quadro 4.1 - Artigos selecionados para revisão de literatura segundo título, autores, país de publicação, instituição de origem, local de publicação, objetivo e pesquisa. São Paulo, 2020

N	Título original	Autores e ano de publicação País de publicação Instituição de origem Local de Publicação	Objetivo	Pesquisa
1	<i>General practitioners' views on malnutrition management and oral nutritional supplementation prescription in the community: A qualitative study</i>	<u>Castro et al (2020)</u> Irlanda School of Public Health, Physiotherapy and Sports Science, University College Dublin Clinical Nutrition ESPEN	Explorar as experiências e opiniões dos médicos generalistas (GPs) sobre a gestão da desnutrição e a prescrição de SNO (suplementos de nutrição oral) nos cuidados primários / ambiente comunitário na Irlanda.	Entrevistas semiestruturadas com médicos generalistas (n=16) sobre desnutrição em idosos e autoavaliação de condutas sobre suplementação de paciente por meio de análises de prontuários.
2	<i>Supporting nutrition in frail older people: a qualitative study exploring views of primary care and community health professionals</i>	<u>Avgerinou et al (2020)</u> Inglaterra Department of Primary Care and Population Health, University College London British Journal of General Practice	Explorar os pontos de vista e práticas dos profissionais da AB e da comunidade sobre o manejo da desnutrição em idosos frágeis; identificar componentes de potenciais intervenções baseadas na AB para este grupo; e identificar o treinamento e o apoio necessários para realizar tais intervenções.	Realização de sete Grupos focais + entrevistas com profissionais da APS sobre manejo da desnutrição em idosos. (n=60)
3	<i>Beliefs about inevitable decline among home-living older adults at risk of malnutrition: a qualitative study</i>	<u>Payne et al (2020)</u> Inglaterra Centre for Clinical and Community Applications of Health Psychology, University of Southampton Journal of Human Nutrition and Dietetics	Informar uma intervenção que compreende uma política de triagem e tratamento, incorporando um pacote de autogestão, entregue na atenção primária.	Entrevistas com indivíduos ≥65 anos com uma ou mais condições sociais ou de saúde associadas a risco de desnutrição sobre o ato de comer (n=23).
4	<i>Exploring the Views and Dietary Practices of Older People at Risk of Malnutrition and Their Carers: A Qualitative Study</i>	<u>Avgerinou et al (2019)</u> Inglaterra Department of Primary Care and Population Health, University College London Nutrients	Explorar pontos de vista e práticas alimentares de pessoas idosas em risco de desnutrição e seus cuidadores; (b) identificar lacunas no conhecimento, barreiras e facilitadores para uma alimentação saudável na velhice; (c) explorar intervenções potenciais para a desnutrição na APS.	Entrevistas semiestruturadas e grupo focal com idosos e cuidadores sobre alimentação saudável, risco nutricional e suporte nutricional. (n=33, sendo 24 idosos e 9 cuidadores).
5	<i>Barriers and facilitators to screening and treating malnutrition in older adults living in the community: a mixed-methods synthesis</i>	<u>Harris et al (2019)</u> Inglaterra Centre for Clinical and Community Applications of Health Psychology (CCCAHP), University of Southampton BMC Family Practice	Identificar barreiras e facilitadores para a implementação de triagem de desnutrição e políticas de tratamento na APS, quais barreiras foram abordadas e quais facilitadores foram incorporados com sucesso nas intervenções existentes.	Revisão sistemática de 21 trabalhos, tendo em vista avaliação de barreiras e facilitadores referidos por profissionais de saúde e idosos no contexto da APS para rastreamento e tratamento da desnutrição em idosos.
6	<i>How effective is nutrition education aiming to prevent or treat malnutrition in community-dwelling older adults? A systematic review</i>	<u>Rea et al (2019)</u> Inglaterra Department of Primary Care and Population Health, University College London European Geriatric Medicine	Examinar as evidências de intervenções educacionais para melhorar os resultados nutricionais e outros relacionados à saúde em idosos residentes na comunidade.	Revisão sistemática de nove ensaios clínicos randomizados e estudos quase experimentais, que informassem intervenções nutricionais para pessoas idosas e cuidadores.

continua

conclusão

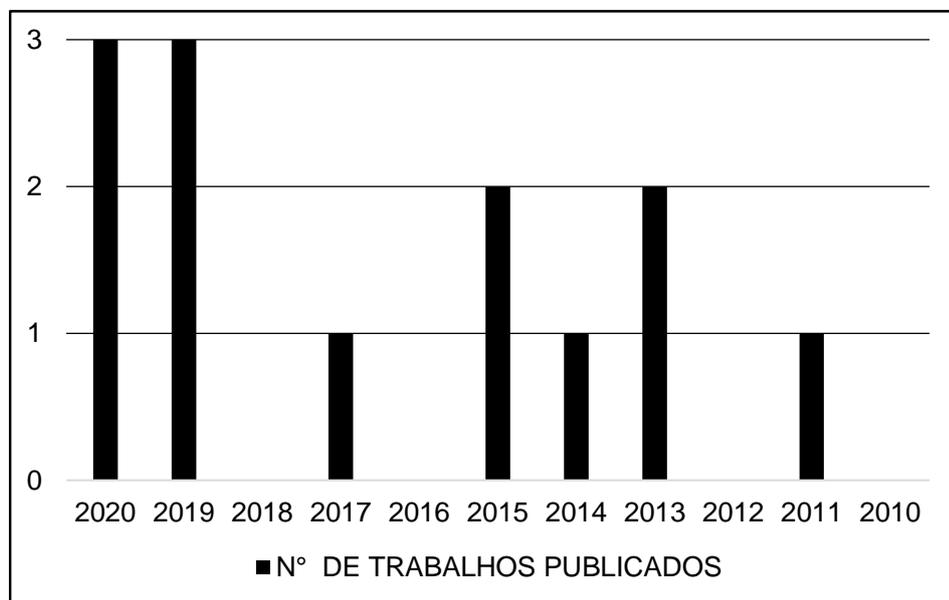
7	<i>Malnutrition risk and hospitalization in elderly assisted in Primary Care</i>	<u>Rosa et al (2017)</u> Brasil Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul Ciência & Saúde Coletiva	Investigar a associação do risco de desnutrição e dos itens isolados da Mini Avaliação Nutricional (MAN) com a ocorrência de internação hospitalar nos últimos 12 meses em idosos atendidos na APS.	Investigação com idosos da APS: avaliação de risco de desnutrição pela MAN e a ocorrência de hospitalização. (n=1229).
8	<i>Multifactorial assessment and targeted intervention in nutritional status among the older adults: a randomized controlled trial: the Octabaix study</i>	<u>Badia et al (2015)</u> Espanha Primary Healthcare Centre Martorell BMC Geriatrics	Considerar se um modelo de intervenção multifatorial e multidisciplinar pode melhorar o estado nutricional, incluindo aqueles com deficiência cognitiva e comorbidades em pessoas residentes na comunidade com mais de 85 anos de idade	Quantitativo, ensaio clínico randomizado. Coleta de dados sociais, clínicos, triagem nutricional com Mini Avaliação Nutricional (MAN). (n=328).
9	<i>Dutch nutrition and care professionals' experiences with undernutrition awareness, monitoring, and treatment among community-dwelling older adults: A qualitative study</i>	<u>Ziylan et al (2015)</u> Holanda Consumer Science & Health, Wageningen UR Food & Biobased Research BMC Nutrition	Explorar qualitativamente as experiências de profissionais de saúde holandeses e pesquisadores com consciência sobre desnutrição, monitoramento e tratamento entre idosos residentes na comunidade.	Entrevistas por telefone com 22 profissionais (nutricionistas, profissionais de nutrição, médicos enfermeiros e pesquisadores da área) sobre a importância da nutrição para as pessoas idosas e impacto em sua saúde.
10	<i>Feasibility of implementing routine nutritional screening for older adults in Australian general practices: a mixed-methods study</i>	<u>Hamirudin et al (2014)</u> Austrália School of Medicine, Faculty of Science, Medicine and Health, University of Wollongong BMC Family Practice	Demonstrar a viabilidade de incluir uma ferramenta de triagem nutricional validada e um kit de recursos nutricionais para uso com pacientes mais velhos atendidos em clínica geral. Os objetivos secundários eram avaliar o conhecimento da equipe sobre nutrição e identificar a extensão da desnutrição nesse grupo de pacientes.	Treino de profissionais para o uso da MAN: aplicação em idosos (143 pacientes), e entrevistas com os profissionais participantes sobre a viabilidade de uso desse instrumento. (n=22).
11	<i>'We are all time poor' Is routine nutrition screening of older patients feasible?</i>	<u>Hamirudin et al (2013)</u> Austrália School of Health Sciences, Faculty of Health and Behavioural Sciences, University of Wollongong Australian Family Physician	Identificar barreiras percebidas e oportunidades para a implementação de triagem nutricional de idosos na clínica geral.	Entrevistas com médicos e enfermeiros (n=25). Observação da rotina dos profissionais para identificar possibilidades de implementação da triagem nutricional na APS.
12	<i>What are key factors influencing malnutrition screening in community-dwelling elderly populations by general practitioners? A large cross-sectional survey in two areas of France</i>	<u>Gaboreau et al (2013)</u> França Department of General Practice, University of Joseph Fourier European Journal of Clinical Nutrition	Determinar o conhecimento, atitude e prática sobre a implementação da triagem de desnutrição em populações de idosos residentes na comunidade por GPs franceses. Em seguida, tentamos identificar seus facilitadores e obstáculos.	Aplicação de questionário eletrônico com médicos da APS na França (n=493).
13	<i>Sustained benefits of a community dietetics intervention designed to improve oral nutritional supplement prescribing practices</i>	<u>Kennelly et al (2011)</u> Irlanda Community Nutrition & Dietetics Service, Health Service Executive Dublin Mid-Leinster Journal of Human Nutrition and Dietetics	Determinar o impacto de uma intervenção dietética comunitária nas práticas de prescrição e gastos do SNO (Suplemento Nutricional Oral) um ano depois.	Treinamento por nutricionistas com 10 GPs no 1º momento (2005), e 7 no 2º momento (2007). Outros 96 profissionais de saúde também receberam o mesmo treinamento. Uso do treinamento com usuários do serviço de saúde irlandês.

Fonte: a autora.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHOS LOCALIZADOS PARA A REVISÃO DE LITERATURA

Os dados apresentados no Gráfico 4.1 demonstram que a maior parte dos trabalhos com relevância para o tema pesquisado são, em sua maior parte, recentes, com maior ocorrência de publicação nos anos de 2019 e 2020.

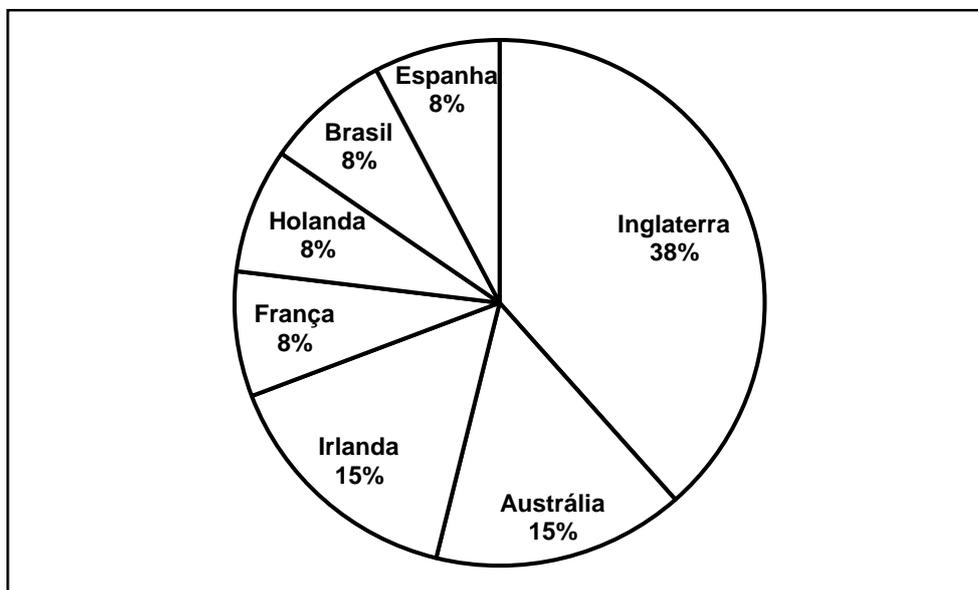
Gráfico 4.1- Número de trabalhos selecionados para inclusão na revisão, por ano de publicação nas bases de dados, 2010 a 2020



Fonte: a autora.

O Gráfico 4.2 evidencia os países que publicaram trabalhos com pertinência à temática estudada. Conforme é possível observar, a Inglaterra apresenta a maior parte das publicações, com um total de 5 trabalhos (38%). Em seguida vêm Austrália e Irlanda, cada uma com dois trabalhos publicados (15%). Espanha, Brasil, Holanda e França apresentam um trabalho publicado por cada país (8%).

Gráfico 4.2 - Distribuição de trabalhos identificados nas bases de dados selecionados para inclusão na revisão, segundo país de publicação, 2010 a 2020. São Paulo, 2021



Fonte: a autora.

Destaca-se a presença majoritária de trabalhos da União Europeia e Reino Unido, sendo localizados apenas três trabalhos fora do continente europeu: dois publicados na Austrália e um no Brasil.

Todos os trabalhos estavam publicados em língua inglesa, e a tradução de termos e expressões foi realizada de maneira independente por parte da pesquisadora. Cabe ressaltar que, nos trabalhos localizados, a expressão “unintentional weight loss” (perda de peso não intencional), foi pouco utilizada pelos pesquisadores, sendo os termos “undernutrition” (desnutrição) e “malnutrition” (má nutrição) mais frequentes. Desta maneira, a análise dos trabalhos foi realizada, majoritariamente, com o uso do termo “desnutrição”. Ressalta-se, ainda, que na revisão padronizou-se o uso do termo “Atenção Primária a Saúde” por este ser utilizado em âmbito internacional, diferentemente do termo “Atenção Básica”, adotado no Brasil.

4.4 PÚBLICO-ALVO DA PESQUISA DE CAMPO

Para a seleção de participantes da pesquisa de campo, os critérios de inclusão no estudo foram:

- A) Profissionais de saúde com ensino superior de distintas formações que atuem com idosos,
- B) Integrantes de 07 (sete) UBS com Estratégia Saúde da Família e Núcleos Ampliados de Saúde da Família na região Centro do Município de São Paulo
- C) Indicados pelos gerentes das UBS selecionadas.

Solicitou-se aos supervisores dos serviços (gerentes de UBS e coordenadores de NASF) indicação de dois profissionais de áreas diversas, considerando a perspectiva da interprofissionalidade. O projeto foi enviado em forma digital a estes supervisores para compreensão da pesquisa a ser executada.

A unidade de trabalho da pesquisadora não foi incluída no universo amostral, visando evitar possíveis vieses que pudessem interferir nas respostas.

Com base nos objetivos do estudo, nos critérios de inclusão para participação no estudo, e nas exigências referentes à metodologia de Grupo Focal a ser adotada na pesquisa^{69,70,71}, estimou-se a participação de catorze profissionais como potenciais participantes das duas etapas do estudo, sendo dois profissionais por UBS selecionada.

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados se deu em duas etapas: realização de entrevista individual presencial com roteiro semiestruturado de questões, e sessão de grupo focal.

4.5.1 Primeira etapa: entrevista individual com roteiro semiestruturado de questões

Na primeira etapa do estudo foram realizadas entrevistas individuais, utilizando-se roteiro semiestruturado de questões, composto por dez perguntas, com a finalidade de avaliar as opiniões de profissionais da AB acerca do estado nutricional e de saúde de idosos, quais instrumentos de avaliação da perda de peso em idosos são adotados e quais são as estratégias adotadas para enfrentamento da perda de peso não intencional (Apêndice A).

Com base na transcrição e pré-análise Temática de Conteúdo⁷² das entrevistas, foi conduzida a segunda etapa do estudo, quando os profissionais entrevistados participaram de grupo focal para aprofundamento do assunto.

4.5.2 Segunda etapa: grupo focal

O grupo focal é uma técnica de pesquisa qualitativa, que se dá por meio de entrevistas grupais, visando coletar informações derivadas da interação entre os participantes⁶⁹. Visa reunir detalhes sobre um tópico específico, a partir do grupo selecionado, bem como observar as percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços⁷¹.

Espera-se que a técnica do grupo focal possibilite reflexão conjunta e aprofundada pelos profissionais participantes acerca da atenção às pessoas idosas, especificamente no tocante à perda de peso não intencional e seus desfechos negativos, e que inclua identificação de desafios e estratégias para fomento de práticas colaborativas e consolidação da RASPI na região Centro do Município de São Paulo.

O grupo focal deve ser realizado em espaços apropriados, de preferência em local neutro e de fácil acesso aos participantes. Importante atentar-se que o local escolhido deve, preferencialmente, estar protegido de ruídos e interferências de outras pessoas⁷¹. É importante o uso de gravadores (pelo menos dois), e a presença de microfones que auxiliam a fase de transcrição⁷¹.

O número de participantes do grupo focal pode variar, porém é importante que o tamanho do grupo garanta uma participação efetiva de todos os integrantes⁷⁰. Quanto ao número de participantes, há relatos entre diferentes autores, propondo grupos que variam entre 6 e 15 participantes^{71,73,74}. Em relação à duração de tempo, recomenda-se entre 90 e 110 minutos⁷¹. Esperou-se nesta etapa reunir os 14 participantes da etapa anterior, dividindo-os em dois encontros de 110 minutos, de maneira a realizar duas sessões de grupos focais.

O moderador principal do grupo focal deve criar um ambiente favorável à interação e discussão, para que os participantes possam manifestar suas opiniões e percepções sobre o assunto em pauta^{76,77}. É importante que este indivíduo mantenha postura neutra, evitando sobrepor suas opiniões sobre a discussão. Além do moderador, deve haver uma pessoa que dê apoio, atuando oportunamente, como segundo moderador de modo a introduzir a discussão e a mantê-la acesa; enfatizar para o grupo que não há respostas certas ou erradas; observar os participantes, encorajando a palavra de cada um; construir relações com os informantes para aprofundar, individualmente, respostas e comentários considerados relevantes pelo grupo ou pelo pesquisador; observar as comunicações não-verbais e o ritmo próprio dos participantes dentro do tempo previsto para o debate⁷⁷. O moderador deve procurar cobrir a máxima variedade de tópicos relevantes sobre o assunto e manter a discussão em torno do assunto produtiva⁷⁷.

A moderadora principal do grupo era profissional com experiência em trabalho com pessoas idosas e condução de pesquisas similares, e a presente pesquisadora foi a moderadora assistente.

A utilização de dois métodos de pesquisa para investigação, ou seja, a triangulação metodológica, foi utilizada com o objetivo de abordar o fenômeno estudado por meio de diferentes métodos, assegurando ampliação das interpretações e aumento da confiabilidade dos resultados⁷⁷.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

As informações coletadas pelas entrevistas e grupos focais foram integralmente transcritas e registradas.

O conteúdo obtido nas duas etapas foi submetido a análise de conteúdo, na modalidade temática, que consiste em técnica de pesquisa que permite realizar inferências dos conteúdos manifestos na comunicação, com o fim de interpretá-los. Na análise temática há a observação de “núcleos de sentido”, cuja presença ou frequência significam algo para o objetivo analisado⁷².

A análise temática de conteúdo⁷² é desdobrada em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e Interpretação. A pré-análise consiste em fase mais intuitiva, com organização do material obtido e leitura “flutuante”, visando assimilação do conteúdo para a formulação de hipóteses iniciais, hipóteses emergentes e teorias relacionadas ao tema, permitindo a elaboração dos “núcleos de sentido”⁷². Na fase de exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, organizam-se os dados dentro dos núcleos de sentido, divididos em unidades de registro e contexto, ou em temas e categorias, para sua interpretação^{72,77}. A categorização dos dados consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas^{72,77}. Posterior à categorização dos dados, é realizada Interpretação do material obtido, por meio de inferências, traçando relações com conhecimentos obtidos da literatura levantada ou propondo novas dimensões teóricas e interpretativas^{72,77,79}.

A análise temática de conteúdo foi realizada para cada etapa da pesquisa, e a discussão dos resultados se deu de forma conjunta, uma vez que as duas etapas foram complementares.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida para apreciação ética aos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (parecer n° 3.342.422 em 23 de maio de 2019) e da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

como Instituição coparticipante (parecer n° 3.382.875 em 11 de junho de 2019), e aprovada pelas duas instituições (Anexos B e C).

Os profissionais de saúde foram convidados a participar da pesquisa e esclarecidos quanto aos seus objetivos, procedimentos, riscos e benefícios por meio de leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

O estudo previu benefícios indiretos aos participantes, e diz respeito ao levantamento de informações referentes a possibilidades de atuação interprofissional junto a idosos com perda de peso não intencional. Considera-se que os resultados do estudo podem contribuir para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa no município de São Paulo.

Após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e consentimento, os participantes assinaram em duas vias, sendo uma entregue ao participante e outra mantida junto aos pesquisadores.

Os dados obtidos nesta pesquisa, após aprovação por banca examinadora, serão disponibilizados aos participantes em forma digital. Propõe-se, também, apresentação dos resultados aos participantes e trabalhadores da saúde da região Centro do Município de São Paulo.

4.8 PRODUTO EDUCACIONAL

Após análise do conteúdo obtido nas duas etapas da pesquisa e confecção de dissertação, elaborou-se produto educacional, conforme determinação do Programa de Mestrado Profissional Interunidades – Formação em Saúde.

Os Produtos Educacionais são materiais oriundos da atividade de pesquisa, que têm origem na pergunta ou problema do campo de prática profissional, devem extrapolar os muros da academia, objetivando aplicabilidade prática em contexto real considerando os seguintes conceitos: complexidade, registro, impacto, aplicabilidade, aderência e inovação. O Produto Educacional pode ter formato real, virtual ou como processo, nas seguintes tipologias: material didático/instrucional; curso de formação profissional; tecnologia social; software/aplicativo; evento organizado; relatório

técnico; acervo; produto de comunicação; manual/protocolo e; carta, mapa ou similar⁸⁰.

5 RESULTADOS

5.1 PRIMEIRA ETAPA: REALIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS COM ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE QUESTÕES

Foram realizadas 14 entrevistas com dois profissionais de cada uma das sete UBS selecionadas na Região Centro do Município de São Paulo. Entretanto, após esta etapa da pesquisa, duas participantes, ambas nutricionistas, se desligaram do serviço, e uma entrevistada, enfermeira, iniciou afastamento médico. Desta maneira, visando participação de 14 trabalhadores nas duas etapas, foi solicitada indicação de mais três profissionais à gestão das UBS. Os novos profissionais indicados consentiram participar do estudo, totalizando 17 entrevistas realizadas pela pesquisadora principal entre os meses de agosto e outubro de 2019, nas UBS onde cada trabalhador estava vinculado, em salas indicadas pelos gestores locais, com presença da pesquisadora e do participante apenas, de modo a garantir sigilo, e com tempo de duração variando entre 10min e 41s a 39min e 16s. O material foi gravado pelo celular da pesquisadora, em aplicativo de áudio.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ENTREVISTADA

Houve predominância de profissionais do sexo feminino, totalizando 13 entrevistadas. Em relação às profissões participantes, houve maioria de enfermeiros (n=7), seguido por nutricionistas (n=3) e fisioterapeutas (n=2). Das demais profissões, houve participação de um profissional de cada área (fonoaudiólogo, profissional de educação física, psicólogo, assistente social e médico). A Tabela 5.1 demonstra os resultados descritos:

Tabela 5.1 - Caracterização dos entrevistados, segundo sexo, formação profissional, experiência interprofissional na graduação e anos de atuação na AB. São Paulo, 2019

Sexo	Nº	%
Homens	4	23,53
Mulheres	13	76,47
Total	17	100,00
Formação profissional	Nº	%
Enfermeiro	7	41,18
Nutricionista	3	17,65
Fisioterapeuta	2	11,76
Fonoaudiólogo	1	5,88
Profissional de Educação Física	1	5,88
Psicólogo	1	5,88
Assistente Social	1	5,88
Médico	1	5,88
Total	17	100,00
Experiência interprofissional na graduação?	Nº	%
Sim	11	64,71
Não	6	35,29
Total	17	100,00
Tempo de atuação na AB	Nº	%
<1 ano	3	17,65
1 a 5 anos	7	41,18
5 a 10 anos	1	5,88
> 10 anos	6	35,29
Total	17	100,00

Fonte: a autora.

Quanto à interprofissionalidade na graduação, 64,71% dos entrevistados informaram essa experiência (n=11), e 35,29% não tiveram experiência interprofissional na graduação (n=6).

Identificou-se que a maior parte dos participantes (41,18%) atua entre 1 e 5 anos na AB (n=7, 41,18%), e 35,29% (n=6) dos profissionais atuam na AB há mais de 10 anos, em sua maioria enfermeiros (dos 7 enfermeiros participantes, 6 têm mais de 10 anos de atuação na AB).

Após finalização das entrevistas, o conteúdo foi transcrito na íntegra para realização da análise temática de conteúdo.

5.3 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PRIMEIRA ETAPA

A partir da leitura intensa do material transcrito, visando à impregnação dos resultados⁷⁸, o conteúdo das entrevistas foi codificado e, a partir da codificação, classificado em temas principais, que emergiram das respostas obtidas e têm relação

com as questões das entrevistas. Os temas, por sua vez, foram organizados em categorias, conforme representado no Quadro 5.1:

Quadro 5.1 - Apresentação de temas e categorias após análise temática de conteúdo das entrevistas. São Paulo, 2022

Temas		Categorias
1	Questões relacionadas aos aspectos demográficos e biopsicossociais do envelhecimento	Envelhecimento populacional e número elevado de idosos na Região Centro
		Condições de funcionalidade decorrentes do envelhecimento
		Aceitação pela pessoa idosa da fragilidade que pode decorrer do envelhecimento
2	Questões associadas a vulnerabilidade social de pessoas idosas	Situações de violência e negligência sofridas pelas pessoas idosas
		Idosos com fragilidade de vínculos
3	Possibilidades de cuidado à pessoa idosa na Atenção Básica	Reunião de equipe ou matriciamento
		Visita domiciliar
		Atendimentos individuais e compartilhados
		Abordagens grupais
		Sala de acolhimento para o idoso
		Abordagem Integral para a pessoa idosa
		Cuidado compartilhado com a RASPI
4	Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI-AB)	Aplicação da AMPI-AB na "Sala do Idoso"
		AMPI-AB enquanto instrumento norteador do cuidado à pessoa idosa
		AMPI-AB enquanto solicitação política
5	Cuidado nutricional realizado pela UBS à população idosa	Manejo das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
		Encaminhamento à nutricionista
		Orientações nutricionais
6	Perda de peso não intencional em idosos: identificação do problema e possíveis causas	Identificação da perda de peso não intencional
		Causas da perda de peso não intencional
		Questões de saúde mental como causa da perda de peso não intencional
		Investigação e avaliação da perda de peso não intencional
7	Trabalho uniprofissional e em Equipe Interprofissional no cuidado às pessoas idosas, incluindo aquelas com perda de peso não intencional.	Atuação específica dos profissionais no cuidado às pessoas idosas
		Trabalho interprofissional e equipe NASF
8	Desafios no cuidado ao idoso com perda de peso não intencional.	Ausência ou insuficiência de suporte familiar
		Idoso que reside em domicílio unipessoal
		Risco de insegurança alimentar devido insuficiência financeira
		Não adesão dos idosos às propostas de cuidado
9	Desafios do processo de trabalho para o cuidado às pessoas idosas, incluindo aquelas com perda de peso não intencional	Impaciência dos profissionais dos serviços de saúde com a pessoa idosa
		Pouco tempo para atendimento e agendas cheias
		Dificuldades com a estrutura física nos serviços de saúde
		Burocracia dos serviços que ofertam cuidado às pessoas idosas
		Enfraquecimento das Redes de Atenção para o cuidado às pessoas idosas
		Ausência de instrumentos específicos de avaliação nutricional da pessoa idosa
Atuação isolada da equipe NASF junto aos idosos		

continua

conclusão

10	Possibilidades de enfrentamento à perda de peso não intencional em idosos	Abordagens Grupais
		Discussão de casos
		Avaliação, acompanhamento e orientações sobre estilo de vida
		Encaminhamento para Nutrição
		Suplementação nutricional
		Educação Permanente em saúde
11	Importância da Intersetorialidade no cuidado ao idoso e no enfrentamento à perda de peso não-intencional nesta população	Serviço de Alimentação Domiciliar à Pessoa Idosa (SADPI), “Comida Sobre Rodas”
		Intersetorialidade no cuidado às pessoas idosas com perda de peso não intencional

Fonte: a autora.

A diversidade de temas e categorias observados indica que o cuidado para as pessoas idosas nas UBS é atravessado por uma série de possibilidades e desafios. Segue a organização dos temas, destaque às categorias e falas ilustrativas:

Tema 1: Questões relacionadas aos aspectos demográficos e biopsicossociais do envelhecimento

Este tema identifica diferentes situações trazidas pelos profissionais quanto ao processo de envelhecimento da população ao longo das entrevistas.

Os entrevistados destacaram o **envelhecimento populacional acentuado**, com grande número de idosos presentes nos territórios de abrangência de suas UBS, perfazendo, por vezes, a maior parte da população assistida pelas equipes de saúde.

***NUT1:** A gente aqui tem uma população de idosos cuidando de idosos. [...] aqui a gente tem um desafio muito grande com essa população idosa, porque é um bairro que a gente tem um envelhecimento muito grande.*

Além disso, o processo de senilidade, que é o envelhecimento associado a presença de patologias⁵, também foi abordado com frequência pelos entrevistados, abrangendo as limitações físicas (dificuldade de locomoção) e cognitivas (perda de memória), que impactam na **funcionalidade** e cuidado da população idosa, requerendo atenção especial nas UBS, como liberação de filas e assentos preferenciais. Alguns entrevistados trataram sobre a **dificuldade de aceitação da**

fragilidade e o modo como a não aceitação impacta na oferta de cuidados em saúde aos idosos, que recusam as propostas terapêuticas realizadas pelos profissionais de saúde.

***ENF1:** A atenção é maior, no sentido de que, [...] tem uns que já são bem ativos, têm outros que já têm limitações, na função motora [...] o dificultador dele “vim pra” unidade é muito forte, porque tem a dificuldade de locomoção e tudo o mais.*

***ENF4:** Ela não quer deixar transparecer que ela está frágil a esse ponto, que precisa da ajuda de um familiar, e a gente vai tentar conscientizar essa necessidade dos pacientes.*

Tema 2: Questões associadas a vulnerabilidade social de pessoas idosas

A vulnerabilidade social foi destacada como tema pela presença significativa de falas de diferentes profissionais ao longo das entrevistas.

As **situações de negligência e violência** sofridas pelos idosos foram mencionadas pelos entrevistados como condições importantes e que requerem cuidado pela equipe interprofissional na AB devido sua complexidade e repercussões a saúde. Uma entrevistada, **ASS1**, destacou o impacto negativo que a violência financeira e sobre a autonomia da pessoa idosa podem gerar na saúde física e mental destes indivíduos.

***ASS1:** Do ponto de vista social, hoje o maior problema com a pessoa idosa são as negligências. O idoso não tem mais o direito de ter a sua renda respeitada, a forma que ele decide como vão funcionar as coisas na sua casa. Passa a sofrer uma violência constante, [...] começa a ter uma saúde mental prejudicada, [...] a ter agravos em suas doenças [...]. É muito grave, negligência mata, só que quando o idoso vai morrer lá no hospital não aparece que foi negligência, aparece que foi o agravo de alguma doença.*

O grande número de **idosos com fragilidade de vínculos**, que moram sozinhos, com pouca ou nenhuma rede de suporte familiar ou de amigos, foi informado pelos profissionais de saúde entrevistados como um fator que gera sofrimento psíquico a esta população, podendo interferir em seu cuidado em saúde.

***ENF4:** Na minha área nós temos muitos idosos que são sozinhos. Alguns já perderam vínculos familiares, nunca tiveram filhos, e se tem alguém na família são primos distantes.*

***FIS2:** A questão do envelhecimento e isolamento que a gente vê, é uma região do Centro muito carente. [...] Os idosos vivem sozinhos.*

Tema 3: Possibilidades de cuidado à pessoa idosa na Atenção Básica

Este tema é identificado a partir da pergunta a respeito do cuidado realizado pela UBS às pessoas idosas. A diversidade de categorias observadas evidencia as diferentes possibilidades de cuidado à população idosa que os profissionais acessam na AB. Diversos dispositivos de trabalho foram mencionados, a saber:

A “reunião de matriciamento” ou “**reunião de equipe**”, foi identificada pelos profissionais como espaço em que há a possibilidade de discussão de casos de pessoas idosas, incluindo aquelas com perda de peso não intencional. A partir destes encontros são decididas propostas para o cuidado aos idosos acompanhados pelos profissionais das UBS, e também há a possibilidade de discutir questões relacionadas ao processo de envelhecimento.

***NUT1:** Nas reuniões de matriciamento a gente acaba priorizando bastante esse público [...]. No matriciamento, (podemos) trazer temas pras equipes, discutir o que acontece no envelhecimento, todas as questões: fisiológicas, sociais, psicológicas.*

As **visitas domiciliares** também foram destacadas pelos entrevistados como uma boa possibilidade de cuidar da população idosa. Os enfermeiros, em sua maioria, falaram das visitas domiciliares como dispositivo fundamental para compreender a realidade das pessoas idosas, podendo identificar no domicílio questões importantes que nem sempre aparecem nos atendimentos dentro da UBS, como a rotina, as relações familiares, a disponibilidade de alimentos, os hábitos alimentares, dentre outras. Também consideraram a visita domiciliar como possibilidade de cuidado aos indivíduos restritos à moradia e acamados, que têm dificuldade em deslocamento até a UBS. As **consultas individuais e consultas compartilhadas** entre os profissionais entrevistados também foram consideradas possibilidades de cuidado da UBS às pessoas idosas.

ENF7: Um paciente na minha equipe, eu, prefiro fazer a visita domiciliar, porque aí eu consigo pegar todo um contexto, porque ele pode falar pra mim que tá tudo bem naquele momento, “ah eu tô comendo três vezes por dia, tô fazendo seis refeições”, e a realidade na casa dele ser outra.

Alguns enfermeiros, assim como o profissional médico, destacaram as **abordagens grupais** como seu principal dispositivo de cuidado às pessoas idosas. Nestes espaços, os entrevistados informaram que há também possibilidade de acolhimento e socialização dos idosos que moram nos territórios adscritos pelas UBS. Os enfermeiros destacaram a importância da atuação dos diferentes integrantes da equipe interprofissional nos espaços coletivos.

Alguns profissionais integrantes das equipes interprofissionais, os NASF, falaram dos grupos como um local em que é possível acompanhar o paciente de maneira longitudinal, estando atento às mudanças que podem ocorrer em sua saúde. Um profissional relatou que o acompanhamento em grupo produz melhorias à saúde da população, como diminuição de queixas e possibilidade de que pessoas reclusas saiam de casa e frequentem esses espaços.

ENF4: Eu tenho paciente idoso que vem aqui, mas ele não quer insumos (para o cuidado com o diabetes). Ele ainda tem insumos na casa dele, e ele vem pelo grupo, só, “pra” essa conversa, e aí é um momento que a gente oferece um café.

EDF1: A partir do grupo, você vincula e a partir desse vínculo você consegue desenvolver e pensar no cuidado.

Alguns participantes mencionaram a “sala do envelhecimento saudável” ou “**sala de acolhimento do idoso**” como local que possibilita realizar o acolhimento, procedimentos como aferição de pressão arterial e glicemia capilar das pessoas idosas na UBS, bem como local em que é possível avaliar a pessoa idosa e realizar encaminhamentos necessários. Os entrevistados informaram, na época da coleta de dados, que se tratava de uma proposta recente dentro das UBS para a atenção à saúde dessa população.

A **integralidade do cuidado**, um dos princípios doutrinários do SUS, foi considerada por alguns participantes como recurso fundamental para compreender as

demandas trazidas pelas pessoas idosas, também considerando que a oferta do espaço de fala aos indivíduos favorece o vínculo com os profissionais.

***FIS1:** Eu tento olhar o máximo que eu conseguir o idoso pra dar essa direção pra ele [...]. Eu acredito que na Atenção Primária você tem que ter um olhar bem amplo. Então eu tento prestar bastante atenção nos pacientes que estão nos grupos, que eu tenho atendimento [...]. E eu acredito que o idoso é um tipo de paciente que você tem que ter um olhar amplo, [...] porque tem vários fatores, várias questões.*

Dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), com ênfase para os equipamentos da **Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (RASPI)**, foram mencionados outros serviços, além da UBS, que podem contribuir no cuidado aos idosos com perda de peso não intencional, como a Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD, Programa “Melhor em Casa”), a Unidade de Referência em Saúde do Idoso (URSI), o Ambulatório Médico de Especialidades do Idoso (AME Idoso) e o Centro-Dia para Idosos (CDI, serviço da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social).

Ainda, merece destaque o **Programa Acompanhante de Idosos (PAI)**, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, que foi informado de forma expressiva pelos entrevistados como um parceiro importante para o cuidado aos idosos do território adscrito, atuando de maneira a melhorar sua funcionalidade e qualidade de vida com apoio para atividades de vida diária.

***PSI1.** Eu tenho percebido que as unidades contam muito com o PAI, porque são idosos que estão na sua maioria sozinhos, e que precisam de apoio para realizar suas atividades de vida diária. O PAI ajuda nas tarefas domésticas, ajuda a levar o idoso para algum lugar*

Tema 4: Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI-AB)

A AMPI-AB é destacada como tema, uma vez que este instrumental, utilizado na Atenção Básica no Município de São Paulo, foi mencionado diversas vezes nas entrevistas como possibilidade de cuidado às pessoas idosas assistidas nas UBS.

Segundo os entrevistados, a **AMPI-AB é um instrumental para o cuidado integral à pessoa idosa pela equipe interprofissional**, que norteia a formulação das questões de saúde, indicando o grau de fragilidade deste público-alvo, e que pode ser aplicada na “Sala do Idoso” que existe nas UBS. Informaram, também, que a AMPI-AB é utilizada para realizar possíveis encaminhamentos a outros profissionais de saúde e também aos serviços da Atenção Especializada e/ou de referência à saúde da pessoa idosa. Também foi discutida a importância da AMPI-AB como instrumento que ampara a criação de novos equipamentos para o cuidado da pessoa idosa, além da observação dos profissionais quanto à obrigatoriedade de aplicação sistemática da AMPI-AB nos serviços por solicitação da Secretaria Municipal de Saúde.

***NUT3:** Aqui na UBS uma das portas de entrada ao idoso é o questionário da AMPI, a gente oferece um cuidado integral com a equipe multi. Dependendo do caso a gente pode encaminhar para os serviços especializados de reabilitação, de referência à saúde do idoso.*

***EDF1:** Você começa a descobrir problemas de saúde que o próprio idoso nem traz numa consulta médica. A gente começa a pensar em outras formas de cuidado. [...] Quando a gente traz a AMPI pra uma avaliação, um levantamento de números, pra pensar em criar novos equipamentos.*

Tema 5: Cuidado nutricional realizado pela UBS à população idosa

O cuidado nutricional foi destacado enquanto tema devido à pergunta específica realizadas nas entrevistas sobre o assunto. As categorias ilustram a as

percepções dos profissionais entrevistados sobre as possibilidades de cuidado nutricional.

Ao serem questionados sobre as condições nutricionais mais presentes na população idosa atendida na UBS, boa parte dos profissionais, incluindo as nutricionistas, informou as **Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)**, por exemplo, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) como as mais comuns. Alguns referiram realizar o manejo destas patologias em grupos, como “HiperDia”, ou “AMG” (Automonitoramento Glicêmico: programa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para dispensação de insumos às pessoas com diabetes insulino dependentes).

***MED1:** Temos grupos voltados pra Doenças Crônicas, de hipertensão, diabetes [...] de promover (o cuidado) a pressão alta, de levar ao conhecimento das pessoas sobre o que é a pressão alta e quais são as formas de evitar ou até de reduzir a base de modificação do estilo de vida.*

Outra possibilidade de cuidado nutricional informada pelos entrevistados foi o **encaminhamento ao nutricionista**. Eles mencionaram a importância e relevância da inserção deste profissional em grupos compartilhados com as Equipes de Saúde da Família (EqSF) ou NASF. Além disso, alguns profissionais não-nutricionistas mencionaram realizar **orientações nutricionais** gerais, individuais ou coletivas, sobre alimentação saudável, diabetes, sarcopenia, hipertensão e dislipidemia. Duas nutricionistas falam sobre acolhimento de idosos em grupos educativos, onde realizam triagem, orientações e possível agendamento de consulta individual com nutricionista conforme necessidade.

***PSI1:** Acolhimento de nutrição. É o primeiro lugar que as pessoas passam quando precisam de algum acompanhamento específico nutricional. Não é só nutricionista que faz o acolhimento. É a nutricionista com a fono, e na outra quinzena, a nutricionista com a assistente social.*

***NUT3:** Meu maior público de idosos, eu atendo no meu grupo aberto de nutrição [...]. É feita uma triagem, e a gente trabalha em grupo as questões que mais aparecem no momento.*

Tema 6: Perda de peso não intencional em idosos: identificação do problema e possíveis causas

Em relação ao tema principal da pesquisa, quando questionados sobre como a UBS cuida da perda de peso não intencional, os profissionais informaram diferentes situações:

A **dificuldade na identificação da perda de peso não intencional** em idosos foi identificada pelos participantes entrevistados. Alguns relataram nunca terem participado de discussão de casos de pacientes com este perfil, outros referiram que nunca haviam parado para pensar sobre o assunto, outros informaram que não veem ações específicas nas UBS para este cuidado, e um profissional identificou que, embora haja uma pergunta na AMPI-AB sobre perda de peso não intencional, nunca detectou algum idoso que tenha relatado esta condição.

***FIS1:** Eu nunca peguei algum caso que teve assim “olha esse idoso emagreceu muito!” pra te dizer como foi o tratamento que a equipe tomou [...]. A própria AMPI tem essa pergunta também. Nenhum entrevistado teve essa perda muito rápida, eu não tenho como te responder o que é feito porque eu não acompanhei nenhum paciente que teve essa perda.*

***ASS1:** A nutrição acaba sendo segundo plano, na verdade. Parece que não é importante, mas é o que mantém a pessoa viva. Mas na escala de “CIDs” (Classificação Internacional de Doenças), é o que acaba ficando por último. [...] Eu nunca tinha parado pra pensar. Agora eu vou começar a prestar atenção, depois dessa entrevista, no quanto (é importante) o olhar nutricional.*

Por outro lado, uma das nutricionistas pontua que a intervenção precoce para tal situação pode prevenir complicações futuras.

***NUT3:** O que eu observo é a dificuldade das pessoas enxergarem a perda de peso, ou o idoso com baixo peso, antes de ser algo mais grave. Chega pra mim só depois, se tivesse chegado um pouco antes a gente teria conseguido dar um cuidado melhor.*

Os profissionais também referiram que as equipes do PAI podem apoiar a identificação da perda de peso não intencional em idosos, além de contribuir com a discussão de casos na UBS.

***ENF1:** Temos o programa do PAI, que tem o acompanhante [...] diretamente com o idoso, ele pode ter o olhar de como ele tá se alimentando, se ele bebe bastante líquido [...]. O PAI [...] poderia falar assim: “olha, certo paciente perdeu peso por causa disso”, em reunião de matriciamento.*

Em relação às possíveis **causas para a perda de peso não intencional** em idosos, os entrevistados identificaram situações como descompensações de doenças crônicas (DM, HAS), doenças que geram catabolismo como câncer e tuberculose, e outras causas, como polifarmácia, limitação física, isolamento social, ausência de habilidades culinárias, escolha de alimentos de maior praticidade para o preparo e diminuição do consumo alimentar.

***ENF3:** Às vezes [...] tá relacionada a algum tipo de patologia [...] câncer, tuberculose também. São as duas que a gente vê bastante, essa questão de perda de peso.*

***ENF5:** A gente percebe que quando eles vão ficando mais idosos, [...] eles tendem a diminuir o apetite. [...] eles não querem muito se alimentar, com o tempo vai diminuindo mesmo a sensação de fome ou o padrão da alimentação muda, eles preferem comer alguma coisa mais leve. Isso tudo vai levando à perda de peso.*

***FON1:** A gente acha que a perda de peso é intencional, mas aí vai atrás e tem uma causa. Às vezes o idoso vive sozinho, não tem condições de preparar a própria comida, se alimenta com coisas que são mais fáceis pra ele fazer, que às vezes não têm o valor nutricional que deveriam ter.*

Outra causa de perda de peso não intencional bastante mencionada nas entrevistas é relacionada à **saúde mental** destes idosos. Os entrevistados falaram sobre sofrimento psíquico, frustrações, depressão, alteração em cognição e o isolamento social como fatores que interferem no humor das pessoas idosas, gerando impacto direto nas escolhas alimentares, preparo dos alimentos e consumo alimentar, podendo desencadear perda de peso não intencional.

***PSI1:** A maioria dos pacientes com sofrimento e que são idosos perdem peso [...]. Aí o paciente que tá sofrendo, que tá com o humor mais depressivo, ele não tá dormindo direito e nem comendo direito [...]. Eu também percebo que são pessoas que normalmente têm a solidão como um fator bem presente. Essa solidão faz com ninguém esteja prestando muita atenção em como que tá a alimentação desse idoso. Às vezes ele não tá mais motivado pra cozinhar, ele perdeu o apetite mesmo.*

***MED1:** Eles chegam com muitos questionamentos [...]. Muitas vezes ele quer ser escutado [...]. Uma “idosinha” que chega pra você falando que perdeu peso, ela acha que ela pode estar doente, uma perda nutricional pode levar ao quadro de depressão, e um quadro de depressão pode levar a inúmeras outras doenças orgânicas. [...] Eu acho que o quadro nutricional acaba desencadeando inúmeras outras repercussões.*

Foi discutida por alguns entrevistados a importância de realizar uma investigação adequada quando identificada a perda de peso não intencional, com possibilidade de solicitação de exames, avaliação fonoaudiológica de deglutição, investigação domiciliar e social, além do acompanhamento de peso das pessoas idosas em atendimentos com menor tempo de intervalo de retorno em consulta.

***ENF1:** Quando a gente nota que começa a perder peso inexplicavelmente, a gente já passa pra investigação do porquê isso tá acontecendo. Será que ele está se alimentando direito? Quem está cozinhando? Ele está tendo apoio para cozinhar?*

***ENF4:** A gente pesa, a gente faz a PA, o dextro, faz o acompanhamento do peso, [...], a gente observa o ganho, a perda de peso dele.*

Tema 7: Trabalho uniprofissional e em Equipe Interprofissional no cuidado às pessoas idosas, incluindo aquelas com perda de peso não intencional

Quando questionados sobre a atuação individual e dos diferentes profissionais no cuidado às pessoas idosas, incluindo aquelas com perda de peso não intencional, os entrevistados informaram diferentes possibilidades de cuidado:

Alguns participantes mencionaram sua **atuação específica** no cuidado ao idosos, relacionada às suas formações profissionais, tais como atuação com violência

e negligência (serviço social) e acolhimento de sofrimento psíquico (psicologia). Os enfermeiros referiram diversas possibilidades de cuidado à esta população, como o manejo de condições clínicas, acolhimento em grupo, visita domiciliar e discussão com equipe interprofissional.

ENF4: *Eu como enfermeira, quando eu observo uma situação dessa (de perda de peso não intencional), eu vou recorrer à equipe multidisciplinar, cada um fazendo sua parte.*

ASS1: *O meu papel aqui, [...] é o cuidado de prevenir agravos, nessas situações das violências, e também pra que ele consiga acessar os equipamentos que ele precisa. [...] A minha parte é fazer com que ele acesse os direitos.*

Os entrevistados falaram sobre a importância da **interprofissionalidade**, com as Equipes de Saúde da Família e NASF, enquanto possíveis atores no cuidado aos diferentes determinantes da perda de peso não intencional: em casos de saúde mental, de violência e negligência, adaptação de rotina, exercícios de fortalecimento, reabilitação pós-evento neurológico e prevenção de quedas. Foi destacada a importância da atuação individual de cada profissional da equipe interprofissional (NASF), que confere diferentes olhares à saúde do idoso, especialmente com quadro de perda de peso não intencional.

ENF4: *Procuramos trabalhar de uma forma integrada. [...] Quando observa (a perda de peso não intencional) a gente pede o trabalho do nutricionista do NASF, [...] um terapeuta ocupacional pode ajudar bastante nessa questão de perda de peso. [...] Tem paciente que teve perda de peso, mas por conta de um AVC, vai precisar de “fono”, pra verificar se ele tá fazendo a deglutição correta, eu acho que é importante a atuação do psicólogo na perda de peso. Por que que ela tá perdendo peso? Ela não tá se alimentando? Assistente social. Eu não sei [...] se ela tá perdendo peso porque ela tem um problema social e não tá conseguindo comprar o alimento. [...] Eu acho que pra fazer um bom serviço, não adianta só o meu trabalho de enfermeira. Eu preciso do meu ACS, do meu técnico de enfermagem, da minha médica, da equipe do NASF.*

Tema 8: Desafios no cuidado ao idoso com perda de peso não intencional

Em relação aos desafios para o cuidado de idosos com perda de peso não intencional, inúmeras situações foram discutidas pelos entrevistados:

A **ausência ou insuficiência de suporte familiar**, e a dificuldade em conscientizar os familiares quanto à necessidade de cuidados com o idoso que mora sozinho, foi um desafio relatado pelos entrevistados. Outro desafio mencionado foi referente ao idoso que mora sozinho, que pode apresentar dificuldade de locomoção, e por isso não ir à UBS, interferindo em seu cuidado em saúde.

A **insuficiência financeira** também foi mencionada por alguns entrevistados como um desafio no cuidado ao idoso com perda de peso não intencional, pois a renda insuficiente impacta na aquisição de alimentos, podendo acarretar quadro de insegurança alimentar e, conseqüentemente, perda de peso não intencional. Um entrevistado pontua a situação específica de uma pessoa idosa sob seus cuidados, que recebe um salário-mínimo mensalmente, valor que não é o suficiente para pagar suas contas e realizar a aquisição de alimentos para o mês.

ENF3: A gente tem pacientes que têm condições financeiras razoáveis, e têm pacientes que não. [...] A gente nota que alguns vão ao grupo mesmo por causa do lanche, porque não têm nem o que comer.

ENF4: O pagamento do condomínio, [...] é uma média de R\$ 900, e muitas vezes eles ganham isso, um salário-mínimo. [...] Ela tá sempre com uma dívida, ela come e vai pagar depois disso. Eu acho que existe uma privação. [...] Essa questão da alimentação deixa um pouco a desejar por causa da questão financeira na maioria dos meus idosos. Eu acho que eles até queriam comer melhor, mas não podem

Outro desafio mencionado é a **não adesão de alguns idosos às orientações** propostas pelos profissionais de saúde, especialmente orientações sobre alimentação. Os profissionais informaram que os idosos por vezes referem não realizar mudanças em sua alimentação pois mantêm um padrão alimentar há muitos anos. Uma enfermeira fez uma reflexão sobre pacientes em uso de via alternativa de alimentação, referindo que estes recebem exclusivamente a alimentação prescrita pela via alternativa, ao passo que os pacientes em alimentação por via oral, com

autonomia e independência preservadas, têm condições de realizar escolhas quanto à sua alimentação, e “dão trabalho” ao não aderir às orientações nutricionais.

ENF6: A questão nutricional é bem complexa, porque não é só nós profissionais passarmos o que eles devem fazer, é eles estarem fazendo as orientações. [...] Quando é um paciente acamado que usa sonda, é mais fácil, “mais fácil” entre aspas, porque você passa e sabe que ele tá tomando aquela nutrição [...]. Agora o paciente que dá trabalho [...] é o paciente que deambula. É um paciente orientado, que tem autonomia ainda.

ENF7: Eu tenho pacientes que falam “eu passei a vida inteira fazendo isso, nunca deu problema, por que que isso tá acontecendo só agora? Eu não vou mudar!” [...]. Esse é um grande desafio que a gente tem, a questão de o paciente não querer mudar os hábitos alimentares, porque ele passou a vida inteira comendo errado.

Tema 9: Desafios do processo de trabalho para o cuidado às pessoas idosas, incluindo aquelas com perda de peso não intencional

Ainda sobre desafios para o cuidado aos idosos com perda de peso não intencional, os entrevistados discutiram também sobre situações relacionadas ao processo de trabalho.

Dois entrevistados destacaram como desafio dos serviços de saúde a **falta de paciência dos profissionais** com as pessoas idosas e suas possíveis dificuldades decorrentes de processo de fragilidade.

O **tempo curto de consulta e a lotação das agendas dos profissionais** foram informados enquanto situações desafiadoras para o cuidado aos idosos, interferindo na qualidade da assistência, podendo prejudicar a identificação de casos de perda de peso não intencional.

ENF4: Antes eu conseguia em todas as minhas consultas de idoso, fazer [...] estatura, o peso, IMC, a pressão, o exame como um todo, [...] mas requer mais tempo né. O médico não consegue em 15 minutos, só quando é muito pontual mesmo.

Um entrevistado relatou como desafio para o cuidado aos idosos com perda de peso não intencional a **dificuldade de estrutura física do serviço de saúde** para o

trabalho, com poucas salas para atendimento e que, por vezes, são compartilhadas com outros profissionais durante um atendimento.

EDF1: Na Unidade onde eu trabalho não tem sala, [...] a gente tem que fazer acolhimento junto com os enfermeiros na única sala. Não tem condição nenhuma de você fazer a AMPI ali.

A **burocracia dos serviços**, representada por filas de espera e trâmites longos para que o usuário consiga acesso, foi mencionada também como um desafio para o cuidado às pessoas idosas, especialmente em situação de vulnerabilidade. O distanciamento das relações entre os equipamentos das Redes de Atenção foi informado por uma entrevistada como um desafio no cuidado aos idosos com perda de peso não intencional.

ASS1: A burocracia, [...] você encaminha para um outro equipamento [...]. E às vezes aquele equipamento é tão sobrecarregado, tão superlotado, que ele (idoso) é só mais um número naquela fila [...]. É um idoso que precisa ir pra uma ILPI, [...] muitas vezes esse idoso morre antes de chegar [...]. Entra na questão de prioridades: quem você vai salvar? A criancinha abusada ou o idoso negligenciado? Isso é a pior parte. Isso vai consumindo a gente. Porque você vai lá, você vê o idoso, e o idoso tá definhando.

Uma das nutricionistas entrevistadas falou sobre a **ausência de instrumentos de avaliação e fluxos específicos para o cuidado às pessoas idosas**, incluindo aquelas com perda de peso não intencional, diferentemente de outras linhas de cuidado, como saúde da mulher e da criança, em que ela informou observar diretrizes e fluxos mais bem estabelecidos.

NUT3: Pro idoso uma das únicas coisas que a gente tem é o parâmetro de IMC. A gente não tem um fluxo, não tem diretrizes, o que fazer nessa situação. Então a gente se baseia pelo IMC que é superficial. Diretrizes de fluxo, [...] eu sinto falta, como a gente tem pra gestante, por exemplo. [...] eu não vejo isso muito pro idoso, não só na unidade, mas como um todo mesmo.

Outro desafio informado por profissionais da equipe interprofissional foi a realização de ações coletivas para o cuidado aos idosos pela equipe NASF, sem a

presença dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, como médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou agente comunitário de saúde.

***FIS2:** E eu acho que um outro desafio é manter a Estratégia também muito alinhada com a gente (NASF), pra realizar esse tipo de trabalho. Hoje o NASF faz muitos grupos [...]. Esse grupo não é do NASF, aquela ação não é do NASF. [...] Na verdade, é pro usuário. [...] Muitas vezes o NASF continua sozinho.*

Tema 10: Possibilidades de enfrentamento à perda de peso não intencional em idosos

Para o enfrentamento à perda de peso não intencional em idosos, os profissionais informaram nas entrevistas diferentes possibilidades:

As **abordagens grupais** foram mencionadas como possibilidade de enfrentamento à perda de peso não intencional em idosos, devido às diferentes formas de abordagem na perspectiva da longitudinalidade e do cuidado continuado que os grupos proporcionam. Foram citadas atividades como artesanato, prática física, prevenção de quedas além de orientações nutricionais.

A **discussão de casos** entre a equipe de saúde sobre idosos com perda de peso não intencional também foi considerada como possibilidade de enfrentamento da questão, assim como a **Educação Permanente** aos profissionais, que poderia ocorrer no matriciamento de casos, enquanto espaço potente de aprendizado e qualificação da assistência.

***PSI1:** Eu acho que quando tem um caso que aparece um sinal como a magreza, e essa magreza que vai aumentando em pouco tempo, acho que dispara um alerta importante em todo mundo. [...] eu tenho visto que os programas tentam se articular, e os profissionais também.*

***NUT1:** Nós, como nutricionistas, com a equipe, trazer esse contexto, do que é essa perda de peso. Às vezes é um paciente em cuidado paliativo, tem questões de negligência, isolamento social. [...] A gente trabalha muito isso com a equipe, e com o paciente, entendendo por que tá acontecendo, é uma questão social, psicológica, é fisiológica.*

Foi informada a importância de realizar o **acompanhamento longitudinal** do idoso, por meio de consultas, avaliação antropométrica, bem como orientações visando mudanças no estilo de vida, baseadas na realidade dos idosos. Ainda, o encaminhamento à nutricionista foi considerado como possibilidade de enfrentamento à essa condição.

***ENF2:** No grupo de Bem-Estar, com os idosos, nós fazemos uma avaliação de peso, de IMC pelo menos uma vez por bimestre, pra evitar do paciente perder peso ou começar a ganhar peso demais*

***NUT3:** Eu tento entender a rotina e adaptar as mudanças possíveis, [...] de acordo com a condição socioeconômica, dinâmica familiar [...]. Se eu focar só na nutrição, só na alimentação, eu sei que não vai ter um resultado, não vai ter uma melhora.*

Quanto aos Suplementos Nutricionais Orais (SNO), alguns profissionais informaram a importância do uso em alguns casos. Uma das nutricionistas ponderou a necessidade de que os SNO sejam disponíveis na relação de medicamentos do SUS para manejo de quadros de perda de peso e desnutrição.

***NUT3:** Uma coisa que seria muito interessante se a gente conseguisse seria suplementação, [...] seria algo que iria ajudar muito, principalmente esses idosos que têm uma condição socioeconômica muito baixa.*

Tema 11: Importância da Intersetorialidade no cuidado ao idoso e no enfrentamento à perda de peso não-intencional nesta população

As categorias deste tema destacam serviços informados pelos participantes da pesquisa que podem contribuir para o cuidado às pessoas idosas e para o enfrentamento à perda de peso não intencional:

O **Serviço de Alimentação Domiciliar à Pessoa Idosa (SADPI)**, denominado pelos profissionais como “Alimentação Sobre Rodas”, ou “Comida Sobre Rodas”, serviço vinculado à Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social

(SMADS), foi mencionado algumas vezes como possibilidade de enfrentamento a perda de peso não intencional, pois oferece alimentação aos idosos que estão em situação de vulnerabilidade social como insuficiência financeira, isolamento, ou com limitações físicas que acarretem dificuldade em preparar as refeições. Entretanto, em suas falas, alguns profissionais pontuaram que nem sempre os usuários aceitam o encaminhamento para este serviço por constrangimento quanto à exposição no prédio onde residem, por exemplo. Também se observou preocupação quanto ao funcionamento do SADPI, que é de segunda a sexta, não garantindo a alimentação desta população aos finais de semana. A ausência de singularidade nas refeições oferecidas também foi discutida: os profissionais informaram que seria importante que a refeição oferecida atendesse às demandas de saúde como diabetes, por exemplo.

***ENF4:** Alguns pacientes meus eu ofereço “Comida Sobre Rodas” [...]. Têm pacientes que não querem aceitar porque têm vergonha, quando chega na portaria todo mundo vai ficar sabendo que ela recebe a comida gratuita. Mas algumas pacientes minhas, pensando nesse sentido de pouca verba, já fiz pedido de “Comida Sobre Rodas” e tá recebendo.*

Os entrevistados também mencionaram outros serviços que podem contribuir para a promoção da saúde e cuidado às pessoas idosas com perda de peso não intencional, tais como os Polos do Idoso e Abrace seu Bairro, visando ampliação de repertório social além da oferta de refeições. Vinculados à SMADS, foram mencionados o Serviço de Assistência Social à Família (SASF) e os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) com o intuito de oferecer atenção às famílias e proteção social básica.

O SESC, Serviço Social do Comércio, foi informado como local que fornece refeições saudáveis, num preço acessível, e com garantia de qualidade pela presença de nutricionista, e também como serviço que promove atividades coletivas que auxiliam no cuidado à saúde mental dos idosos, e conseqüentemente, à questão nutricional. Os Restaurantes Populares “Bom Prato” foram observados enquanto locais que fornecem alimentação por preço acessível à população.

***ENF7:** Tem uns idosos que depois de passar em consulta comigo, eu falei da questão do SESC, eles voltaram e falaram “olha, tô almoçando todos os dias no SESC”. Então eu sei que lá ele tá tendo uma alimentação de qualidade, lá tem a nutricionista, então*

é uma comida balanceada, [...] eles pagam uma taxa mínima, então eles acabam economizando. [...]Eles têm fruta, tem suco, tem a sobremesa, tem o arroz, tem o prato principal, tem umas guarnições que são bastante legumes, salada.

ASS1: *O Bom Prato, por exemplo, é outro setor que é muito importante, porque é uma alimentação barata e é uma alimentação que o idoso consegue bancar, porque é um real, [...] e dá café da manhã e almoço, e em alguns lugares, café da tarde.*

As entrevistas com os profissionais participantes permitiram que eles pudessem realizar um primeiro contato, refletir e problematizar os cuidados oferecidos aos idosos na AB, com enfoque na atenção nutricional e especificamente na perda de peso não intencional. Os resultados obtidos e analisados destacam temas importantes relacionados à identificação do problema e às possibilidades e desafios para o seu enfrentamento. Também foi possível debater sobre o trabalho em equipe interprofissional para a atenção à pessoa idosa no contexto da AB.

A segunda etapa da pesquisa visou, por meio da discussão entre os participantes no grupo focal, abordar novamente os temas identificados nas entrevistas, e, explorá-los coletivamente e em maior profundidade, permitindo enriquecer a reflexão sobre a atenção à perda de peso não intencional em idosos na Atenção Básica.

5.4 SEGUNDA ETAPA: GRUPO FOCAL

Esta etapa da pesquisa foi realizada em apenas uma sessão, e não duas, conforme previsto na metodologia, devido à dificuldade referida pela Organização Social de Saúde responsável pela gestão dos serviços da Região Centro em retirar os profissionais duas vezes de seus locais de trabalho, podendo gerar impacto negativo em sua rotina e metas de produtividade.

Desta maneira, a sessão única do grupo focal foi realizada em 11 de outubro de 2019, no Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS – CTA Henfil na Região Centro do Município de São Paulo, por ser um local neutro e de fácil acesso aos trabalhadores.

A duração da sessão foi de 101 minutos, com participação de 12 profissionais, conforme previsto na literatura, que preconiza entre 6 e 15 participantes^{71,73,74}. A moderação foi realizada por pesquisadora com experiência em pesquisa qualitativa com pessoas idosas, e teve como moderadora assistente a pesquisadora.

Antes do início da sessão, a moderadora assistente realizou uma breve apresentação da pré-análise das entrevistas como material de estímulo para a discussão no grupo focal. A apresentação foi finalizada com as duas perguntas disparadoras, para início da sessão: 1. Quais são os desafios para o cuidado interprofissional aos idosos com perda de peso não intencional? 2. Quais são as atuais ou possíveis formas de enfrentamento dos desafios identificados para cuidado interprofissional aos idosos com perda de peso não intencional? (Apêndice C)

Durante toda a sessão foi disponibilizada uma mesa com alimentos e bebidas aos participantes, para que se servissem conforme desejassem. Também foi oferecido reembolso do transporte, conforme disposto no TCLE. A sessão foi gravada inteiramente em aplicativo de gravador de áudio dos aparelhos celulares das moderadoras.

5.5 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Nesta etapa da pesquisa, a maioria dos participantes compreendeu enfermeiros (33,33%) e fisioterapeutas (16,67%), conforme evidenciado na Tabela 5.2. Houve representação de um participante de cada uma das demais áreas profissionais (nutricionista, fonoaudiólogo, profissional de educação física, psicólogo e assistente social).

Tabela 5.2 - Caracterização dos participantes do grupo focal segundo sexo, formação profissional, experiência interprofissional na graduação e tempo de atuação na AB. São Paulo, 2019

Sexo	Nº	%
Homens	2	16,67
Mulheres	10	83,33
Total	12	100,00
Formação profissional	Nº	%
Enfermeiro	4	33,33
Fisioterapeuta	2	16,67
Nutricionista	1	8,33
Fonoaudiólogo	1	8,33
Profissional de Educação Física	1	8,33
Psicólogo	1	8,33
Assistente Social	1	8,33
Total	12	100,00
Experiência interprofissional na graduação?	Nº	%
Sim	7	58,33
Não	5	41,67
Total	12	100,00
Tempo de atuação na AB	Nº	%
<1 ano	3	25,00
1 a 5 anos	5	41,67
5 a 10 anos	0	0,00
> 10 anos	4	33,33
Total	12	100,00

Fonte: a autora.

Cinco profissionais se ausentaram desta etapa: dois participantes não compareceram à sessão sem justificativa prévia (um médico e um dos enfermeiros), e três interromperam sua participação após entrevistas, conforme descrito anteriormente (duas nutricionistas e uma enfermeira). Desta maneira, das três nutricionistas participantes na primeira etapa, apenas uma participou da sessão de grupo focal e não houve presença do profissional da categoria médica nesta etapa.

O conteúdo do grupo focal foi transcrito na íntegra, e realizada Análise Temática de Conteúdo⁷², conforme procedimentos já adotados nas entrevistas, que organizou o material em cinco temas principais, organizados, por sua vez, em categorias (Quadro 5.2). Dentre os cinco temas identificados na análise, quatro foram semelhantes aos temas identificados nas análises das entrevistas.

Quadro 5.2 - Apresentação de temas e categorias após análise temática de conteúdo do Grupo Focal. São Paulo, 2022

Tema		Categorias
1	Identificação da perda de peso não intencional em idosos na AB	Não identificação da perda de peso não intencional
		Possibilidades de identificação da perda de peso não intencional
		Causas da perda de peso não intencional
2	Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI-AB)	Aplicação da AMPI-AB como possibilidade de identificação da perda de peso não intencional.
		Dificuldades para a aplicação da AMPI-AB
		AMPI-AB como instrumento para levantamento de dados
3	Sofrimentos psíquicos vivenciados pelos profissionais de saúde da AB	Percepções dos profissionais quanto aos limites e possibilidades de atuação
		Percepções sobre saúde mental de Agentes Comunitários de Saúde
4	Desafios para o cuidado aos idosos com perda de peso não intencional	Atravessamentos no processo de trabalho
		Burocracia no processo de trabalho
		Metas de produtividade na AB
		Não adesão dos idosos às propostas de cuidado
		Vulnerabilidade Social
		Outros desafios
5	Possibilidades de enfrentamento à perda de peso não intencional em idosos	Educação Permanente em Saúde
		Cuidado em equipe Interprofissional
		Acesso aos serviços da SMADS

Fonte: a autora

5.6 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA SEGUNDA ETAPA

Seguem resultados da análise temática de Conteúdo do grupo focal, divididos em temas:

Tema 1: Identificação da perda de peso não intencional em idosos na AB

Os profissionais realizaram falas sobre a identificação da perda de peso não intencional em idosos como situação que requer maior atenção. Foram observadas **dificuldades que poderiam interferir na identificação da questão**, por exemplo, as demandas prioritárias dentro da AB que requerem esforços maiores dos profissionais,

como a atenção aos bebês com sífilis congênita e aos pacientes egressos de hospitalização, a realização de curativos e o cuidado às doenças crônicas como hipertensão e diabetes.

Além disso, uma das participantes referiu ter refletido de forma significativa sobre o assunto da pesquisa após a entrevista:

***ENF6:** Quando ela foi fazer entrevista comigo (refere-se à primeira etapa desta pesquisa) [...] pra questão de idoso, eu nunca tinha pensado nesse contexto (da perda de peso não intencional). [...] Eu comecei a me questionar. Um questionamento faz com que você veja outras formas pra trabalhar pra melhorar. Foi muito importante.*

Em relação às **possibilidades de identificação da perda de peso não intencional** na população idosa, ASS1 comentou que nem sempre tem à disposição instrumentos como balança para aferição de peso para cálculo de Índice de Massa Corporal e detecção da perda de peso não intencional em idosos. Em contraponto, a participante NUT1 falou sobre a possibilidade de realizar perguntas simples ao idoso para identificar uma possível perda de peso não intencional, relacionada à autopercepção do peso corporal e caimento da roupa. Outros participantes complementaram destacando a possibilidade de realizar questionamentos ao idoso sobre o apetite e o consumo alimentar.

***NUT1:** Tem a ver [...] com olhar também. Você não precisa da balança. Eu acho que tem a ver também com papel do nutricionista em “matriciar” as equipes [...]. Só de perguntar: “O senhor tem balança em casa? Não tem? O senhor tá percebendo a roupa? Tá caindo? Tá ficando mais solta? E a alimentação, como que tá?” Sem instrumento, sem AMPI, já ter um olhar. Não precisa ficar olhando a pessoa e julgando o corpo dela.*

Ao longo da discussão no grupo focal foram informadas possíveis **causas para a perda de peso não intencional**, como as condições clínicas, físicas e sociais dos idosos, e como elas estão presentes simultaneamente nesta população. Houve uma fala, da profissional PSI1, sobre a singularidade dos sujeitos. Ela destacou que o ato de comer é influenciado por diversos fatores, e que diferentes sentimentos podem acarretar aumento ou diminuição do consumo alimentar.

PSI1: Tem uma questão subjetiva muito grande que envolve o ato de se alimentar. A alimentação tem a ver com a nossa relação com o mundo, tem a ver com a relação com as pessoas que a gente convive, tem a ver com os lugares que a gente frequenta. [...] A gente imagina que alguém com depressão vai perder o apetite. Mas alguém com depressão pode ficar com muito mais fome. [...] Alguém muito ansioso, pode não comer. [...] Eu acho que o caminho da singularidade é um caminho possível pra tentar enxergar soluções.

Tema 2: Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI-AB)

Durante a sessão do grupo focal, os profissionais destacaram que **a AMPI-AB é um dos instrumentos que pode indicar se o idoso apresenta perda de peso não intencional**. Novamente, uma das profissionais observou que a participação na primeira etapa da pesquisa a fez prestar mais atenção à questão.

FON1: Eu comecei a observar que, [...] quando a gente faz AMPI, ele refere que tá perdendo peso e que não foi intencional, o quanto que eu dava importância para isso antes, [...] e o quanto mudou depois [...] da entrevista comigo

EDF1 problematizou a dificuldade em aplicar a AMPI-AB em todos os idosos conforme a periodicidade necessária, que seria a cada seis meses ou um ano, dependendo do resultado. A dificuldade se dá, segundo o relato, pelo grande número de idosos do território em relação ao número de profissionais que aplicam a AMPI-AB. Os profissionais problematizaram, ainda, a dificuldade em inserir os trabalhadores das Equipes de Saúde da Família na aplicação do instrumental, uma vez que dispõem de pouco tempo para tal, e isso resulta em maior número de realização de AMPI-AB pelas equipes NASF.

EDF1: Teoricamente seria a AMPI (como instrumental para identificação da perda de peso não intencional). [...] Na prática não é assim [...]. Não dá tempo nem de você conseguir fazer uma avaliação.

***EDF1:** O ideal é você aplicar a AMPI e [...] discutir aquele caso, desenvolver um PTS (Projeto Terapêutico Singular). Aquele paciente, se pontuou pré-frágil, a cada seis meses você tem que aplicar a AMPI de novo. Se ele é saudável daqui a um ano, se é frágil, também seis meses. O território tão grande com poucos profissionais aplicando a AMPI, quando você acaba de aplicar em cem pacientes você ia ter que voltar de novo pra aplicar porque já venceu seis meses.*

A AMPI-AB também foi informada pelos profissionais como instrumento que permite levantamento de dados sobre a saúde da população idosa, e que seus dados podem fomentar a criação de políticas públicas, além de ser utilizada para garantir acesso outros serviços de saúde da pessoa idosa.

Tema 3: Sofrimentos psíquicos vivenciados pelos profissionais de saúde da AB

Este tema ilustra uma das ideias bastante discutidas na sessão do grupo focal, que são os sofrimentos e angústias vivenciados pelos profissionais de saúde da Atenção Básica. Importante destacar que tal assunto pouco apareceu nas entrevistas.

As falas dos participantes denotam a frustração gerada **pelos limites em suas atuações profissionais** que impactam na assistência ao usuário, sejam esses limites impostos pela atuação dentro do setor saúde, referentes à demora de resposta dos serviços das redes de atenção, impostos pelas condições socioeconômicas da população assistida, carga horária de trabalho, entre outros limites:

***ENF6:** "Só posso ir até aqui." E aí simplesmente para; você fica parado esperando que algo aconteça. E, muitas vezes, quando isso acontece, [...] o paciente já foi a óbito e [...] você não pode fazer nada. É uma situação frustrante para o profissional. Eu, como profissional, me sinto muito mal. Eu tenho um problema, eu sei como resolver, porém [...] eu tenho que esperar alguém lá de cima falar: "Olha, vai lá e faz". [...] Isso é muito frustrante.*

***FON1:** Como tá o nosso olhar em relação a esse idoso? [...] às vezes a gente não tem mão para ajudar, mas a gente vai negligenciar ou [...] resolver uma outra questão que tá mais evidente, que talvez a gente consiga dar uma resolutividade no momento?*

Em contraponto, uma das participantes falou sobre a cobrança por resolutividade que é imposta pelos próprios profissionais para si mesmos frente aos diferentes determinantes sociais que interferem a saúde de um indivíduo:

PSI1: *eu acho que outro desafio [...] é essa demanda que a gente coloca para a gente mesmo de resolver. E talvez casos complexos não sejam pra ser resolvidos. Não com essa palavra resolver, sabe? Eu acho que a gente pode garantir mais direitos na nossa profissão, a gente pode dar mais acesso a saúde, a gente pode melhorar a qualidade de vida, as condições de vida das pessoas. Mas têm questões que a gente não resolve. A gente não resolve a pobreza. A gente não resolve solidão. A gente melhora, ameniza. Mas tem uma cobrança do sistema pra gente, da gente pra gente mesmo, que eu acho que é um dos principais desafios.*

Ainda sobre os limites na atuação profissional que podem levar ao sofrimento psíquico, os participantes trouxeram à discussão percepções de agentes comunitários de saúde (ACS), e, neste ponto, nota-se tensionamento acerca da ideia, situação esperada dentro da metodologia utilizada:

EDF1: *Eu percebo nas nossas equipes [...] uma frustração tão grande em como a rede funciona, não funciona na verdade, eles evitam trazer as demandas (em reunião de equipe). [...] Eu já ouvi muitos ACS falando: "Que que adianta eu trazer esse caso, se ele vai ficar parado?"*

ENF4: *Se o agente comunitário diz: "Eu não vou passar (a situação em reunião de equipe), porque não adianta mais". O Enfermeiro pensa: "Não vou nem passar pro NASF, porque não adianta mais" [...]. O agente comunitário tem 200 famílias, eu tenho 1200 (famílias) pra ver, o médico também. [...] A sobrecarga recai bastante aqui [...], o que não dá é para gente negligenciar o trabalho de saúde. [...] "Ah, tô adoecendo não aguento mais. Não vou falar mais disso, não quero nem ver." Não, gente. Se for assim [...] a saúde não existe mais.*

Como possibilidade de acolhimento ao agente comunitário de saúde, uma das participantes propôs:

FON1: *uma forma de acolher o ACS [...] é dar voz pra esse ACS.*

Tema 4: Desafios para o cuidado aos idosos com perda de peso não intencional

Uma das perguntas norteadoras do grupo focal tratava sobre os desafios para o enfrentamento da perda de peso não intencional, e boa parte da discussão em grupo foi baseada nos desafios relatados pelos participantes.

Os **atravessamentos no processo de trabalho**, como as solicitações realizadas de última hora, sem planejamento, foram bastante discutidos pelos participantes. Em 2019, na época da realização do grupo focal, houve um surto de sarampo na Cidade de São Paulo, que demandou dos profissionais da Atenção Básica dedicação intensa à vacinação da população, deixando de lado atividades rotineiras e agendadas, como atendimentos e visitas, alguns destes compartilhados entre diferentes profissionais. Os participantes do grupo focal também falaram sobre o adiamento de cursos e capacitações previstos.

***ENF6:** "Você é designado. Você vai." Eles não te dão opção. [...] Em uma semana cinco visitas minhas, que eram agendadas, foram desmarcadas. "Olha, você não vai fazer visita hoje, você não vai fazer o grupo hoje. A sua demanda hoje é campanha."*

A **burocracia**, que resulta em morosidade nos processos essenciais como relacionados à solicitação de avaliação e inclusão da Assistência Social, que poderiam contribuir com o enfrentamento da perda de peso não intencional. Além disso, os participantes mencionaram a demora em obter respostas da Promotoria do Idoso do Ministério Público em casos de negligência e abandono, por exemplo, que gera agravamento da situação do usuário, podendo inclusive, ir à óbito antes que haja resposta destes serviços.

***ASS1:** Na saúde, a gente já identificou até onde consegue ir. Acho que as políticas públicas, têm que ser repensadas [...]. Não dá mais para mandar pro CREAS um relatório e aí eles mandam para mim [...], (pra eu) mandar de volta pro CREAS, pro CREAS mandar pro Ministério Público, para constar que aquele idoso não pode ficar sozinho, para depois voltar (pra saúde) [...]. Ele morreu por negligência. A gente perdeu uma idosa por isso. [...] E aí morre da pior forma possível [...]. Morre de inanição, morre de complicações renais.*

As **metas de produtividade** dos profissionais de saúde, **além do pouco tempo de consulta** de médicos e enfermeiros, também foram mencionadas algumas vezes durante o grupo focal como desafio para o cuidado à população idosa com perda de peso não intencional, assim como nas entrevistas. Os profissionais falaram sobre a dificuldade em realizar avaliação física para identificação da perda de peso em idosos frente à inúmeras demandas de saúde trazidas pelos pacientes durante o tempo estabelecido para consulta médica, que é de 15 minutos. Foi debatido pelos profissionais sobre o quanto tais metas são colocadas como prioridade em detrimento do cuidado dos usuários do serviço de saúde.

ENF4: O médico não consegue em 15 minutos pesar o paciente, verificar a estatura, fazer IMC. [...] Eu sou enfermeira, tenho 20 minutos. Eu consigo fazer, mas eu me atraso.

FIS2: O médico também, [...] não tem tempo, porque consulta de 15 minutos. Aí você vai fazer uma AMPI em 15 minutos no idoso, sabe?

Assim como nas entrevistas, os profissionais expuseram o desafio em acompanhar idosos com perda de peso não intencional quando esses se **recusam a aceitar as possibilidades de cuidado**, como inclusão no Programa Acompanhante de Idosos (PAI) ou no Serviço de Alimentação Domiciliar Para Idosos (SADPI, “Comida Sobre Rodas”), por exemplo.

ENF4: Mais de uma vez a gente ofereceu o PAI, [...] ela não aceitou. Tem essa resistência do idoso, também, e eu sei que a gente tem que respeitar. Se ele falar que não quer, eu não posso fazer nada.

A questão da **vulnerabilidade social** também foi discutida pelos participantes do grupo focal, que falaram sobre como baixa renda e perda de poder aquisitivo influenciam na saúde da pessoa idosa, especialmente para o indivíduo com perda de peso não intencional.

ENF4: E eu tenho uma paciente que é sozinha, [...] tem familiares distantes, [...] ganha 900 reais. A gente pediu “Comida sobre rodas”. Ela tá superfeliz. [...] Foi muito bom para ela, porque aquele dinheiro dela, ela pode comprar coisas que ela gosta. As frutas, por exemplo.

Outras questões que impõem desafios no cuidado às pessoas idosas também foram informadas, como a **estrutura física** precária de uma das UBS da região Centro, onde uma profissional referiu não ter sala para atendimento individual de pacientes. A **rotatividade de profissionais na área de saúde**, no âmbito da Atenção Básica, foi mencionada como desafio para a construção de vínculos e conhecimento de fluxos de serviços, interferindo no cuidado em saúde à população. Por fim, a **rotatividade de pessoas no território** também foi referida por um participante como desafio para a identificação de pessoas idosas com perda de peso não intencional.

ASS1: A gente tem unidade que não tem estrutura pra acolher paciente, pra fazer medicação, pra atendimento individual. [...] O NASF não tem sala pra atender paciente individualmente.

ENF6: Aqui no Centro, nós temos uma população muito flutuante. O paciente que tá hoje na minha área, [...] principalmente se for área de ocupação, nesse mês ele conseguiu pagar aluguel. Ele vai estar no meu território. No mês seguinte, se ele conseguiu um local mais barato, ele vai mudar para esse local mais barato. [...] Pode ser que a demanda não chegue por conta disso? Pode.

Tema 5: Possibilidades de enfrentamento à perda de peso não intencional em idosos

A partir de uma das questões norteadoras do grupo focal, os participantes discutiram sobre diferentes possibilidades de enfrentamento à perda de peso não intencional em idosos.

A importância de realização de **Educação Permanente** sobre o assunto foi destacada pelos participantes como possibilidade de enfrentamento. Além disso, a **atuação em equipe interprofissional** também foi destacada como possibilidade, pela importância da discussão de casos com a equipe NASF, tendo em vista a presença de diferentes profissionais que podem conferir olhares múltiplos ao cuidado em saúde.

PS11: A gente falou muito da Educação Permanente como espaço de capacitação fechado, programado. Mas Educação Permanente acontece em qualquer discussão de caso, em qualquer iniciativa de matriciamento. [...] A gente tem que investir muito na qualificação desses espaços. [...] Uma fala dessa do: "Está sentindo a roupa um pouco mais larga?" Que já muda tudo, né? Já amplia o olhar de uma maneira que propicia um cuidado muito mais qualificado.

PS11: Um caso que aparece na reunião de equipe mínima com o NASF, já é um caso complexo. [...] Nesses casos complexos, a gente tem um milhão de aspectos envolvidos. [...] Quando a gente vai fazer uma visita, a gente identifica um milhão de outras coisas. [...] Na próxima discussão de equipe, são essas coisas que vão sendo trazidas. E aí nessa volta, talvez, que a gente identifique a perda de peso.

Os profissionais mencionaram **serviços da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS)** como possibilidade de cuidado aos idosos com perda de peso não intencional, como os Centros-Dia Para Idosos (CDI), os Núcleos de Convivência para Idosos (NCI) e as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

Igualmente, no grupo focal, o **Serviço de Alimentação Domiciliar para a Pessoa Idosa (SADPI)** foi mencionado com frequência enquanto possibilidade de enfrentamento à perda de peso não intencional. Os profissionais falaram da necessidade de repensar o serviço, considerando as necessidades individuais dos sujeitos em relação à quantidade e consistência da alimentação ofertada. Também pontuaram sobre a necessidade de ampliação do programa para mais pessoas e sobre a problemática da entrega não ser realizada aos finais de semana. Uma participante informa que não conhecia o SADPI, tendo ciência do serviço no momento do grupo focal.

EDF1: A pessoa recebe "Alimentação sobre rodas" [...] de segunda a sexta, e sábado e domingo? Não come, né? [...] Quando fala de singularidade, todo paciente recebe exatamente a mesma quantidade de comida. [...] A "Alimentação Sobre Rodas", ela precisa ser repensada, ampliada também, [...] precisa conseguir atender mais pessoas. [...] Nós temos muito mais idosos no território em situação vulnerável do que a "Alimentação Sobre Rodas" atende. [...] Não faz sentido ter o mesmo cardápio para todos e a mesma quantidade de alimento para todos.

***ENF5:** Vou dar um exemplo bem claro. Primeira vez que eu ouço falar da “Alimentação sobre Rodas”. [...] Eu já “tô” no serviço aqui tem dois anos, na UBS, eu nunca tinha ouvido falar desse programa. Então, assim, eu sou errada disso? Ou o programa, ele tá errado de não capacitar e mostrar toda a rede que existe pra abordar a saúde?*

A segunda etapa da pesquisa, compreendida pela sessão de grupo focal, evidenciou resultados relevantes, e que confirmam a importância do espaço de discussão e reflexão coletivo. Houve concordâncias e discordâncias entre os participantes quanto às suas opiniões, percepções e reflexões acerca dos temas abordados. O grupo focal também permitiu que houvesse aprofundamento dos temas anteriormente identificados nas entrevistas individuais, além da apreensão de novos conhecimentos por alguns participantes. Possibilitou, também, reflexões a partir das percepções dos outros profissionais quanto às questões associadas à perda de peso não intencional em idosos, seus desafios e possibilidades de cuidado.

6 DISCUSSÃO

Buscou-se na presente pesquisa compreender as percepções, opiniões e crenças sobre o cuidado a usuários idosos realizado por profissionais da Atenção Básica da Região Centro do Município de São Paulo, com ênfase para aqueles com perda de peso não intencional, e identificar desafios e possibilidades de intervenção a essa problemática pela equipe interprofissional. O estudo compreendeu pesquisa de campo com trabalhadores da saúde da AB na Região Centro de São Paulo, realizada em duas etapas: entrevistas presenciais com roteiro semi-estruturado de questões e uma sessão de grupo focal. Através da metodologia de análise temática de conteúdo, observou-se diversidade de percepções dos profissionais de saúde da Atenção Básica acerca da temática estudada. A discussão será realizada com triangulação dos resultados das duas etapas da pesquisa, pois muitas informações e reflexões realizadas individualmente, foram ampliadas e também aprofundadas coletivamente no grupo focal.

De maneira geral, os resultados indicam que, embora os profissionais compreendam a complexidade da questão principal do estudo, ainda há dificuldades para a sua identificação e cuidado. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos conduzidos em âmbito da Atenção Primária à Saúde em outros países, como Inglaterra, Irlanda e Holanda^{56,57,58}. Esses trabalhos evidenciaram que os profissionais de saúde nestes países reconhecem a questão da perda de peso não intencional ou desnutrição, mas referem dificuldade em avaliá-la como uma questão de saúde que requer atenção interprofissional.

Um número expressivo de desafios para o cuidado da população idosa, com ênfase naquelas com perda de peso não intencional, foi informado pelos profissionais participantes desta pesquisa. As possibilidades de enfrentamento à questão, conforme proposto, também foram discutidas nas duas etapas da pesquisa.

Inicia-se a discussão dos resultados a partir da análise do perfil de participantes da pesquisa.

6.1 O PERFIL DOS PARTICIPANTES

Foram entrevistados 17 participantes na primeira etapa da pesquisa de campo. Na segunda etapa, o grupo focal, participaram 12 dos 17 profissionais de saúde entrevistados.

Nas duas etapas da pesquisa, houve predomínio de participantes do sexo feminino: 76,47% nas entrevistas e 83,33% no grupo focal. Estes resultados reafirmam dados da literatura, que identificam maioria de mulheres na área da saúde, uma vez que as profissões da saúde compreendem funções associadas ao cuidado dos sujeitos, tarefa histórica e culturalmente designada ao sexo feminino. Dados de pesquisa realizada sobre trabalhadores da saúde identificaram que neste setor a participação feminina chega a quase 70% do total dos recursos humanos, representando 62% da força de trabalho das categorias profissionais de nível superior⁸¹.

Quanto à formação profissional dos participantes, houve maioria de profissionais da enfermagem nas duas etapas. Dentro do Sistema Único de Saúde, na Atenção Básica, os enfermeiros representam uma parcela significativa da força de trabalho^{82,83} sendo profissionais que compõem as Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), com importante papel de liderança e organização da atenção à saúde neste âmbito de atenção. A categoria médica, junto a enfermagem, integra as Equipes de Saúde da Família representando os profissionais de nível superior, e em nossa pesquisa houve participação de apenas um médico nas entrevistas, que não compareceu à sessão do grupo focal referindo incompatibilidade de agenda de trabalho na data.

Outras seis categorias profissionais compuseram a população participante da pesquisa, como nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogo, profissional de educação física, psicólogo e assistente social, sendo que todos eram integrantes das equipes do Núcleo Ampliado em Saúde da Família e Atenção Primária. O trabalho interprofissional é uma das premissas do SUS, e nas Unidades Básicas de Saúde as equipes NASF, compostas por profissionais de diferentes formações, representam esse trabalho³⁹. Destaca-se a importância e relevância do trabalho em equipe interprofissional e a prática colaborativa, que são fundamentais para melhor oferta de cuidado à população, enfrentamento aos problemas de saúde e resolutividade na

AB⁸⁴. Nesse sentido, a maioria dos participantes, nas duas etapas, informou ter vivenciado alguma experiência interprofissional em seu período de graduação, por meio de participação em ligas acadêmicas, estágios, projetos de extensão universitária e iniciações científicas.

Em relação ao tempo de atuação na AB, os sujeitos da pesquisa configuram-se um grupo heterogêneo. Ainda que a maior parte dos profissionais trabalhe neste nível de atenção à saúde entre 1 e 5 anos, perfazendo 41,18% dos entrevistados e 41,67% dos participantes do grupo focal, um número também expressivo tem mais de dez anos de atuação na AB, representado por 35,29% dos entrevistados e 33,33% dos participantes do grupo focal. Essa configuração potencializa discussões baseadas em saberes e experiências diversas, favoráveis e críticas frente à questão de estudo, qual seja, o cuidado às pessoas idosas, com ênfase na perda de peso não intencional.

Segue discussão dos resultados da análise temática de conteúdo das entrevistas e grupo focal. Foram identificados onze temas nas entrevistas e cinco temas no grupo focal, sendo quatro dos cinco temas do grupo focal os mesmos identificados nas entrevistas. Desta maneira, optou por realizar a discussão com triangulação dos dados das duas etapas da pesquisa, permitindo assegurar confiabilidade, credibilidade e maior rigor científico às informações obtidas⁸⁵.

6.2 PERCEPÇÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO

6.2.1 Questões relacionadas aos aspectos demográficos e biopsicossociais

Os profissionais participantes desta pesquisa realizaram observações sobre o expressivo envelhecimento da população em seus territórios de abrangência, inclusive com fragilidades, ressaltando, ainda, que é comum existirem idosos cuidadores de outros idosos.

A projeção de aumento de pessoas idosas no Brasil para os próximos anos é elevada e essa condição demográfica tem gerado sobrecarga aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, desde a Atenção Básica até a Hospitalar³. O

envelhecimento da população brasileira, que é um fenômeno recente, requer respostas efetivas do Estado por meio de políticas públicas em diversos setores, incluindo assistência social e saúde.

Quanto à funcionalidade no processo de envelhecimento, os profissionais demonstraram preocupação em relação aos idosos que apresentam limitações físicas, pois estas acarretam dificuldade em deslocamento até a UBS e podem gerar impacto direto no cuidado em saúde desta população. Informaram que a organização das filas e assentos à população idosa e com necessidades especiais pode ser uma resposta a tal fragilidade identificada e, além disso, compreenderam que a atenção domiciliar poder ser uma possibilidade de aproximação a estes usuários.

Outra questão importante que revelou preocupação dos profissionais foi a aceitação do processo de envelhecimento pelas pessoas idosas e suas possíveis repercussões para a saúde. Em alguns momentos, os participantes da pesquisa comentaram sobre a dificuldade em prover cuidados em saúde às pessoas idosas que não aceitam recebê-los. O envelhecimento no Brasil é visto como um problema, pois as pessoas idosas são vistas como problema social devido ao acúmulo de perdas sucessivas que ele pode representar, sejam de ordem física, como a piora em saúde e conseqüentemente da funcionalidade, ou de ordem social, como perda de emprego, de status social, financeira, e de entes queridos⁸⁶. Isso evidencia o preconceito existente relacionado à idade e especialmente contra a pessoa idosa, denominado “etarismo” ou “ageísmo”, que pode gerar sofrimento psíquico nesta população, e, em alguma medida, explicar a negação em afirmar-se como pessoa idosa⁸⁷. Desta maneira, a conexão entre profissionais de saúde e pacientes idosos é essencial para a elaboração das questões psicossociais que acompanham o envelhecimento e para a qualidade do cuidado prestado⁸⁶.

6.3 PERCEPÇÕES SOBRE A ATENÇÃO ÀS PESSOAS IDOSAS NA AB

6.3.1 A Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI-AB)

A Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI-AB) foi amplamente discutida nas duas etapas da pesquisa, evidenciando que é um instrumental utilizado rotineiramente pelos profissionais participantes. Estes resultados reforçam a importância da AMPI-AB em nortear o cuidado em saúde dos idosos, pois foi referido pelos profissionais, nas duas etapas, que o instrumental apoia encaminhamentos a serviços de saúde, ampara criação de grupos na AB para o cuidado a esta população, além de auxiliar na identificação de condições de saúde dos idosos, por vezes não referidas aos profissionais em atendimento individual. Ainda, os participantes identificaram que a AMPI-AB também permite a obtenção de dados sobre a saúde da população idosa atendida, fomentando a criação e o fortalecimento de equipamentos da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Assistência Social.

A AMPI-AB é um instrumental criado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo com vistas a qualificar o cuidado à pessoa idosa na AB, de modo a produzir respostas do setor saúde ao aumento significativo de pessoas acima de 60 anos no município de São Paulo nos últimos anos, bem como à projeção de aumento para as próximas décadas. A AMPI-AB tem como objetivo realizar a avaliação da capacidade funcional de idosos (física, psíquica e social) por meio de testes específicos, categorizando-os em dois grandes grupos: idosos saudáveis e idosos frágeis, possibilitando a elaboração de um Plano de Cuidados para essa população. É um instrumental simples, que pode ser aplicado por profissionais da AB de diferentes formações, submetidos a treinamento, e que é capaz de rastrear condições de saúde entre pessoas idosas, qualificando o cuidado a este público-alvo⁴⁷.

Recentemente foi conduzido estudo para validação da AMPI-AB, que consistiu em avaliação de 317 idosos usuários do Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza, na zona oeste da cidade de São Paulo. Os resultados indicaram que a AMPI-AB é um instrumento válido e confiável para a avaliação de idosos no âmbito da AB,

e demonstraram que o maior grau de fragilidade aferido pela AMPI-AB está associado a mortalidade em idosos, maior número de hospitalizações e idas ao pronto socorro, piora em funcionalidade e quedas⁸⁸.

Se, por um lado, os profissionais identificaram na AMPI-AB a possibilidade de cuidado integral à população idosa, por outro lado, eles observaram um número significativo de dificuldades associadas à concretização de tal política de saúde. Por exemplo, no grupo focal, houve amplo debate quanto à dificuldade em cumprir a solicitação da Secretaria Municipal de Saúde de aplicação de AMPI-AB em 100% da população no Município, conforme orientação do Programa de Metas 2017-2020 da Gestão Municipal, considerando as premissas do instrumental, que orienta reavaliação em seis meses caso o resultado seja “pré-frágil” ou “frágil”⁴⁶. Tal dificuldade decorre do número elevado de idosos na Região Centro, que impõe desafio importante em alcançar sua totalidade de avaliações.

Também houve discussão quanto aos profissionais responsáveis pela aplicação do instrumental. Alguns participantes afirmaram que em suas UBS a aplicação é realizada apenas pela equipe NASF, pois os profissionais das Equipes de Saúde da Família têm menos disponibilidade para realizá-la, devido ao tempo curto de atendimento médico e de enfermagem, de 15 e 20 minutos de consulta respectivamente, que impossibilita a aplicação de todos os testes que compõem a AMPI-AB neste período. Um dos profissionais comentou em sua entrevista sobre a realização maciça de AMPI-AB ser similar a “mexer num vespeiro”, pois sua aplicação em larga escala permite identificar grande número de demandas de saúde, que requerem disponibilidade de outros profissionais e serviços, que, por vezes, não respondem a esta necessidade no tempo adequado, gerando filas de espera.

Importante ressaltar, ainda, que a AMPI-AB aborda a questão central desta pesquisa, que é a perda de peso não intencional em idosos, configurando-se como possibilidade de identificar e investigar tal condição. Entretanto, nas entrevistas, alguns profissionais informaram nunca ter localizado algum usuário que afirmasse ter perdido peso de modo não intencional. Por outro lado, no grupo focal, os profissionais demonstraram compreender que a AMPI-AB possibilita a identificação da problemática central, porém ponderaram que as dificuldades associadas à aplicação do instrumental, discutidas previamente, prejudicam na identificação da perda de peso não intencional em idosos.

Destaca-se que a AMPI-AB, embora seja considerada potente instrumental para realizar cuidado integral às pessoas idosas e auxiliar na identificação da perda de peso não intencional, apresenta dificuldades para sua realização mediante os desafios destacados pelos profissionais de saúde. Ainda há escassez de publicações que discutam as dificuldades de aplicação da AMPI-AB associadas ao processo de trabalho neste nível de atenção à saúde, e há a necessidade de realização de novas pesquisas que avaliem a capacidade da AMPI-AB em gerenciar a atenção a saúde do idoso e seu impacto no sistema de saúde, especialmente financeiro⁸⁸.

6.3.2 Trabalho uniprofissional e interprofissional no cuidado às pessoas idosas, incluindo aquelas com perda de peso não intencional: desafios e possibilidades

Os participantes da pesquisa realizaram reflexão e discussão acerca das atuações específicas de suas profissões no cuidado às pessoas idosas, e informaram que essas podem ocorrer por meio de diferentes dispositivos, como assistência individual, abordagens grupais, atenção domiciliar, discussão de casos em equipe interprofissional e junto à Rede de Atenção à Saúde.

Os profissionais discorreram, também, sobre o trabalho em equipe, reconhecendo sua importância e das contribuições específicas de colegas de diferentes formações, integrantes das Equipes de Saúde da Família (EqSF) e dos NASF, no enfrentamento à perda de peso não intencional em idosos. Reafirma-se que a atuação de cada profissão é fundamental para a garantia de cuidado à população de estudo. Em conformidade, a proposta de prática interprofissional na AB inclui, também, o trabalho uniprofissional, porém a interprofissionalidade e a prática colaborativa garantem aumento de resolubilidade dos serviços e melhor assistência à população⁴⁰.

A Atenção Básica no Brasil, por meio das equipes interprofissionais da Estratégia Saúde da Família e do NASF, prevê a Educação Interprofissional e Prática Interprofissional (EIP e PIP, respectivamente)⁴⁰. O trabalho em Equipe Interprofissional apresenta fluidez quando é pautado na Prática Colaborativa., e as

equipes de AB com melhor clima de trabalho apresentaram melhores resultados em relação à tomada de decisões em conjunto, à atenção centrada no usuário e à colaboração ao trabalho nas Redes de Atenção à Saúde. A colaboração na prática interprofissional ocorre em duas dimensões: *colaboração em equipe*, “em que os profissionais buscam alternativas entre os próprios membros da equipe ou entre equipes de uma mesma Unidade Básica de Saúde para melhorar a qualidade da assistência à saúde”, e a *colaboração em rede e com a comunidade*, “em que os profissionais buscam alternativas na equipe e também em outros serviços, setores e com os usuários, família e comunidade”⁸⁹.

Destaca-se também a importância da interprofissionalidade durante a formação profissional em saúde^{40,89,90}. Os participantes dessa pesquisa informaram, em sua maioria (64,71% dos entrevistados e 58,33% dos integrantes do grupo focal), terem participado de experiências interprofissionais em suas graduações. Importante ressaltar que as formações em saúde no Brasil ainda se baseiam especialmente no ensino uniprofissional, organizado por meio de saberes e disciplinas específicos, fomentando a fragmentação das profissões. Em trabalho sobre a necessidade da abordagem interprofissional ao longo da graduação, demonstrou que oferecer experiências de atuação colaborativa entre alunos de diferentes cursos, com o objetivo de prepará-los para uma atuação integrada em equipe, em que a colaboração e o reconhecimento da interdependência destas áreas sejam predominantes, pode minimizar a competição entre as profissões e fragmentação dos saberes⁴⁰.

Ainda, o modelo de AB brasileiro, constituído pela Estratégia Saúde da Família, é reconhecido internacionalmente como proposta de saúde que visa responder às demandas das populações, por meio dos princípios e diretrizes do SUS⁹⁰. Como suporte a esse modelo e para qualificar o trabalho da AB no Brasil, foi criado o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) em 2008, com a finalidade de ampliar o leque de serviços e oferta profissional neste âmbito de atenção à saúde. Apresentando composição multiprofissional, com carga horária e diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde, as equipes NASF consolidaram-se no Brasil como a representação da Prática Interprofissional, com atuação pautada na Educação Permanente em Saúde, por meio do Apoio Matricial às Equipes de Atenção Básica, quer sejam Estratégia Saúde da Família, Consultório na Rua e Equipes de Saúde Fluvial ou Ribeirinhas^{38,39}. O trabalho das equipes NASF, por sua origem, representa a prática colaborativa, compartilhada, interdisciplinar, com troca de saberes e responsabilidade sanitária

mútua, gerando experiências para todos os profissionais envolvidos, superando, dessa forma, a tradicional lógica biomédica e fragmentada da saúde³⁸. Um dos dispositivos de cuidado utilizado pelas equipes interprofissionais na AB é a Clínica Ampliada. Segundo o Ministério da Saúde, a Clínica Ampliada é uma tecnologia de trabalho que prevê ajustar os recortes teóricos de cada profissão à necessidade do usuário, com vistas a garantir a integralidade da atenção. Espera-se que o uso da Clínica Ampliada pelos profissionais ampare a construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas ao usuário, de modo a favorecer o enfrentamento das demandas de saúde em sua complexidade, como a questão central desta pesquisa, a perda de peso não intencional em idosos³⁸.

Apesar dos desafios em sua atuação plena e consolidação total do trabalho, os NASF seguiram por mais de uma década representando a expansão da atenção interprofissional no contexto da AB e permitindo que a população pudesse acessar mais facilmente outros profissionais de saúde, além dos médicos e enfermeiros das EqSF, como nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais dentre outros. Os resultados deste estudo confirmam a importância do trabalho dos NASF e reafirmam sua consolidação enquanto integrantes da AB, verificada especialmente nas falas dos enfermeiros, que compõem e conduzem as Equipes de Saúde da Família. Estes profissionais ressaltaram, nas duas etapas da pesquisa, que se amparam nos profissionais do NASF para oferta de cuidados à população idosa, e que consideram a atuação interprofissional, enfatizando o trabalho do nutricionista, uma possibilidade de enfrentamento à problemática que se discute. Importante ressaltar que a atuação interprofissional, de fato, é necessária ao manejo da perda de peso não intencional em idosos, considerando que a especificidade de cada profissão que compõe as EqSF e NASF e os diferentes aspectos biopsicossociais envolvidos no cuidado a esta população.

A literatura também corrobora a importância da atuação do NASF e consolida seu lugar dentro da AB. Embora a atuação dos NASF seja permeada por uma série de fatores, que podem variar bastante entre os diferentes municípios no Brasil, há um consenso sobre a importância destas equipes para aproximação dos diferentes profissionais de saúde à população usuária da AB, além da qualificação do trabalho das EqSF asseguradas pelos NASF⁹¹. Entretanto, a despeito das evidências positivas sobre o trabalho interprofissional e da prática colaborativa garantidas por tais equipes,

as últimas versões da Política Nacional de Atenção Básica²⁹ e a instituição do Programa Previne Brasil, em 2019,⁹² alteraram a forma de trabalho dos NASF, apresentando reajustes quanto ao modo de financiamento. Em complemento ao Programa Previne Brasil, a nota técnica nº 3/2020 revogou os instrumentos normativos e de custeio dos NASF, orientando que as equipes multiprofissionais pudessem desvincular suas terminologias à nomenclatura NASF, e permitindo aos gestores municipais que organizassem a atenção multiprofissional da maneira que desejarem. Além disso, novas equipes NASF não são mais credenciadas desde a sua publicação. A nota técnica afirma, ainda, que o financiamento da saúde é destinado ao número de pessoas assistidas, num movimento contrário ao princípio doutrinário da integralidade no SUS⁹³. Este conjunto de mudanças indica um caminho negativo para o trabalho em equipe interprofissional, podendo acarretar prejuízos importantes na assistência ao usuário do SUS.

A partir das mudanças apresentadas pelo Ministério da Saúde, na Cidade de São Paulo, cada região de saúde organizou localmente as equipes interprofissionais segundo critérios próprios. Na maioria do Município, os NASF foram renomeados para “Equipe Multiprofissional”, mantendo a composição profissional e carga horária. Porém, houve alterações no processo de trabalho destas equipes, que tiveram aumento do número de atendimentos individuais, e redução da carga horária de reunião de matriciamento e atividades coletivas. Os participantes desta pesquisa eram integrantes de equipes NASF na época da coleta de dados (entre agosto e outubro de 2019), portanto, não vivenciavam tais alterações em seus processos de trabalho.

6.4 PERCEPÇÕES SOBRE A PERDA DE PESO NÃO INTENCIONAL EM IDOSOS NA AB

Em relação à temática principal da pesquisa, os resultados obtidos nas duas etapas revelam que a identificação da perda de peso não intencional em idosos ainda é muito incipiente entre os profissionais da Atenção Básica na Região Centro do Município de São Paulo, em consonância com achados da literatura internacional sobre o assunto.

Destacam-se algumas observações realizadas pelos participantes nas duas etapas da pesquisa que permitem essa inferência: embora alguns profissionais identifiquem pergunta específica na AMPI-AB sobre perda de peso não intencional, estes informaram nunca terem observado idosos com esta condição; outros referiram, ainda, que as UBS não têm ações voltadas para a identificação desta condição, e que se torna “um problema invisível”. Outros profissionais destacaram que os Agentes Comunitários de Saúde são bastante cobrados em relação a diversas demandas de saúde, e as priorizam quando há discussão de casos com a equipe interprofissional, deixando, possivelmente, de reconhecer um caso de perda de peso como prioritário. Uma profissional de equipe NASF referiu, ainda, que nunca observou qualquer discussão destes casos em reunião com as EqSF, e outra referiu que a entrevista prévia sobre a temática auxiliou para que atribuísse maior atenção à perda de peso não intencional entre os idosos avaliados.

Uma entrevistada fez uma reflexão sobre a necessidade de a atenção nutricional merecer olhar mais apurado por parte dos profissionais de saúde, que usualmente a não a priorizam em relação a outras demandas de saúde da pessoa idosa, e, com isso, podem deixar de identificar condições em idosos que requeiram atenção. Esta situação também é discutida por profissionais de saúde australianos⁶². Nesta pesquisa, médicos e enfermeiros relataram que a nutrição não é prioridade em seus atendimentos, sendo tarefa exclusiva dos nutricionistas.

Embora haja tal lacuna quanto a identificação da perda de peso não intencional entre idosos na AB, no grupo focal houve fala oportuna da nutricionista participante, que trouxe à discussão uma possibilidade simples de identificação da perda de peso pelo próprio idoso, ao observar mudança no tamanho das roupas, que, caso estejam mais largas, podem sugerir que há alteração em seu peso corporal. Esta observação repercutiu ao longo do grupo entre os demais participantes, que referiram nunca ter pensado em realizar uma pergunta simples, porém tão reveladora.

Importante reforçar que, além das possibilidades discutidas anteriormente para identificação da perda de peso não intencional, a AMPI-AB apresenta pergunta derivada da investigação da Síndrome de Fragilidade²⁴ (*Nos últimos 12 meses o(a) Sr.(a.) perdeu peso sem ter feito dieta ou mudado qualquer hábito de vida? 4,5 kg ou 5% de perda nos últimos 12 meses*). Além disso, na última versão da AMPI-AB, em vigor desde a época da coleta de dados, é solicitado que se registre a medida da

circunferência de panturrilha⁴⁸. Esta medida é importante para avaliação da composição corporal, uma vez que a musculatura da panturrilha é uma das últimas a hipotrofiar em caso de perda de peso, e esta medida indica também risco de sarcopenia entre idosos³⁴.

Embora ainda se observe a necessidade de maiores esforços para a identificação da perda de peso não intencional em idosos na AB, os profissionais discutiram possíveis causas que acarretam esta condição de saúde, como a descompensação de condições crônicas e presença de doenças graves como câncer e tuberculose, que são catabólicas e causam perda de peso importante. Além disso, identificaram questões funcionais e psicossociais relacionadas ao envelhecimento como o aumento do grau de dependência em atividades de vida diária, dificuldades para cozinhar, perda de apetite, depressão e solidão como fatores que podem gerar perda de peso não intencional em idosos, assim como observado na literatura internacional. Na Inglaterra e Irlanda, os profissionais informaram realizar investigação das causas da perda de peso em idosos com enfoque no rastreio de doenças graves, e que, na ausência delas, não se prosseguia a investigação de outras possíveis causas para a condição de saúde^{56,57}.

As questões associadas a saúde mental de idosos foram bastante debatidas nas duas etapas desta pesquisa. A depressão e o isolamento foram observados enquanto situações que podem gerar desinteresse em cozinhar, perda de apetite e escolhas alimentares menos saudáveis, podendo desencadear prejuízos ao estado nutricional dos idosos. Em consonância, diferentes autores da literatura internacional identificaram entre profissionais da APS e entre idosos que as questões psicossociais interferem diretamente nos hábitos alimentares, podendo gerar prejuízos à saúde desta população, como a perda de peso não intencional^{58,60,61}.

Observa-se que, embora os profissionais consigam identificar possíveis causas biopsicossociais que levam a perda de peso não intencional, apresentam dificuldade em identificar esta condição entre idosos, mesmo amparados por pergunta específica da AMPI-AB. A identificação da perda de peso não intencional em idosos é fundamental para a prevenção de desfechos negativos à saúde desta população.

6.5 DESAFIOS PARA A ATENÇÃO ÀS PESSOAS IDOSAS, ESPECIALMENTE ÀQUELAS COM PERDA DE PESO NÃO INTENCIONAL

6.5.2 Questões associadas a vulnerabilidade social de pessoas idosas

6.5.2.1 Violência contra a pessoa idosa

A vulnerabilidade social de idosos como a exposição à violência financeira e psíquica, negligência e a fragilidade de vínculos, emergiram nas falas dos profissionais diversas vezes como condições comuns entre a população assistida. Situações como violência familiar e de vizinhos, negligência em cuidados e violência financeira e psicológica foram mencionadas enquanto problemas que requerem atenção especial, demonstrando, dessa maneira, que os profissionais da AB na Região Centro de São Paulo lidam cotidianamente com esta problemática.

A violência é uma condição social de grande magnitude, que afeta toda a sociedade, atingindo especialmente populações vulneráveis, como as pessoas idosas. A literatura especializada classifica a violência contra idosos em sete tipos: física, psíquica, financeira, sexual, abandono, negligência e autonegligência⁹⁴. O desprezo e marginalização da pessoa idosa pela sociedade, que a considera improdutiva, dependente em vários aspectos (econômico, familiar, de saúde), e obsoleta do ponto de vista cultural por não acompanhar as novas formas de visão de mundo e atitudes, podem explicar as violências desferidas contra esta população⁹⁵.

Em revisão sistemática sobre violência contra idosos, observou-se fatores como idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda, arranjo familiar, relação familiar, suporte social, solidão, transtorno mental, depressão, dependência para atividades de vida diária, entre outros, associados às situações de violência contra esta população⁹⁶. Maior grau de dependência em atividades de vida diária representa tanto maior risco de violência de modo geral, quanto, mais especificamente, de violência financeira. Na maior parte dos casos a violência contra idosos é praticada por pessoas próximas, como familiares e cuidadores, e costuma ocorrer dentro de casa^{94,96}. Dentre os

motivos para que ocorram as situações de violência neste contexto, destaca-se a deterioração e a fragilização nas relações familiares, além do estresse do cuidador. Importante ressaltar que os diferentes tipos de violência contra a pessoa idosa não são excludentes, podendo ser cumulativos, levando num extremo ao óbito da vítima⁹⁴. Uma das participantes expôs que muitas vezes um idoso que vai a óbito em decorrência de negligência no cuidado, tem como causa de morte as consequências dessa situação, como a piora do quadro de saúde. Tal situação tende a mascarar a realidade quanto à violência contra as pessoas idosas.

Embora infelizmente seja uma condição comum e que constitui violação de Direitos Humanos, destaca-se que a Política Nacional do Idoso não aborda a questão da violência, estando incluída apenas no Estatuto do Idoso, que institui penas severas para situações de abandono ou desrespeito à idosos⁹⁴. A prevenção e enfrentamento da violência contra esta população, conforme observado pelos profissionais da AB requer atenção interprofissional e intersetorial, incluindo a assistência social, os direitos humanos, a habitação, o setor judiciário, entre outros, visto que é uma condição complexa e multidimensional^{94,96}.

6.5.2.2 Ausência ou insuficiência de apoio familiar e idoso que reside em domicílio unipessoal

O processo de envelhecimento, quando acompanhado de agravos à saúde, requer maior demanda de cuidados aos indivíduos, e o isolamento social pode ser fator de agravamento de condições crônicas de saúde. Os participantes da pesquisa identificaram como desafio para o cuidado à perda de peso não intencional o número elevado de idosos que residem em domicílio unipessoal no Centro da Cidade de São Paulo. Para os participantes, residir sozinho ou apresentar fragilidade de vínculos é um desafio, pois alguns destes idosos possuem limitação física, necessitando de cuidados da equipe de saúde no domicílio. Além disso, observaram que idosos que residem sozinhos tendem a apresentar piora na alimentação, podendo acarretar diminuição do consumo alimentar e conseqüentemente perda de peso não intencional.

Dados recentes levantados pelo Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) da USP, indicam que 16% (290.771) dos idosos residentes na Cidade de São

Paulo moram sozinhos, e cerca de 6 mil destes são completamente solitários, não tendo rede de suporte em caso de necessidade⁹⁷. Existem idosos que residem sozinhos por opção própria, considerando busca por autonomia e individualidade. Geralmente são idosos com melhores condições socioeconômicas e de saúde. Entretanto, existem outros motivos decorrentes de suas histórias de vida e que levam as pessoas idosas a residirem sozinhas, como viuvez, separação conjugal ou a ausência de parentes próximos^{98,99}. Morar sozinho, quando não é uma decisão motivada pela busca por individualidade, pode gerar aumento da sensação de solidão, levando, em alguns casos, a um quadro de depressão⁹⁹. A tristeza gerada por este quadro impacta de diversas formas na vida da pessoa idosa, incluindo o ato de cozinhar, de alimentar-se bem, em horários regulares e consumindo alimentos saudáveis, e estas situações podem levar à perda de peso não intencional nesta população, além de outros agravos à saúde^{58,60,61}.

O fato de o idoso morar sozinho gera preocupação adicional aos profissionais de saúde, pois as orientações para o autocuidado desta população podem não ser aplicadas devido ao declínio das funções cognitivas. Neste sentido, os profissionais apontaram a importância de vizinhos que prestam apoio às pessoas idosas, conforme observado, também, em trabalho com idosos que residem sozinhos: os participantes identificaram seus vizinhos como importantes facilitadores no processo de autocuidado e sociabilidade⁹⁹.

Somado a esta problemática, a pandemia de COVID-19, iniciada em 2020, agravou a situação de isolamento social das pessoas idosas. O distanciamento social foi considerado fundamental para diminuir taxas de transmissão do coronavírus, e muitas tarefas do cotidiano foram adaptadas para atividades remotas, porém resultaram em menor socialização e convivência dos indivíduos de todas as faixas etárias, gerando prejuízos psicossociais. Muitos idosos que já permaneciam em isolamento social tiveram este quadro agravado por conta da pandemia, conforme evidenciado em trabalho realizado sobre a temática em 2020¹⁰⁰. O distanciamento social para a população idosa reflete em impactos negativos, já que estes são frequentemente excluídos do convívio familiar e social. As redes de apoio e relacionamentos significativos são bons preditores de satisfação com a vida e longevidade. Outro trabalho identificou a presença de sentimentos de solidão,

ansiedade e tristeza entre idosos no período de pandemia, que eram mais prevalentes entre mulheres e em domicílios com diminuição de renda familiar¹⁰¹.

6.5.2.3 Questões relacionadas à moradia

Questão igualmente importante levantada por uma participante em sua entrevista é a rotatividade de usuários residentes dos edifícios ociosos ocupados por meio dos movimentos de moradia. Essa rotatividade implica dificuldade em realizar o cuidado continuado às pessoas idosas.

A Região Centro de São Paulo apresenta característica importante em relação à moradia. Além dos prédios ocupados, os cortiços e pensões representam alternativas de moradia, porém todas elas são bastante precárias. Observa-se, ainda, número elevado de pessoas em situação de rua na região. A degradação da Região Centro de São Paulo, que se deu pela migração dos prédios residenciais e comerciais para outros bairros da cidade, é marcada pela forte presença de imóveis ociosos, por vezes com dívidas enormes junto aos órgãos públicos, e isso explica a presença do número elevado de prédios ocupados por movimentos de moradia¹⁰². A Política de habitação ainda não é prioridade para o Estado, o que leva alguns setores da sociedade civil, como os movimentos de luta por moradia, a se organizarem de forma própria para garantir este direito constitucional¹⁰³. Na cidade de São Paulo existem mais de 160 movimentos de moradia¹⁰⁴, e, em relação à rotatividade de moradores nestes locais, estudo realizado em 2009 sugere fatores como dificuldade em arcar com o pagamento da taxa condominial e arrendamento, insatisfação com a unidade habitacional, problemas de relacionamento com a vizinhança, além da dificuldade de adaptação com os direitos e deveres da vida em condomínio¹⁰⁵. Desta maneira, a questão habitacional e a rotatividade de moradores em prédios de ocupação, que são bastante delicadas, podem interferir, também, no cuidado continuado em saúde das pessoas idosas.

Especificamente em relação à política habitacional para idosos, na Cidade de São Paulo existem moradias sociais denominadas de Centros de Acolhida Especial para Idosos (CAEI), que são equipamentos gerenciados pela Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS) com apoio da Secretaria Municipal

de Saúde, que acolhem e oferecem residência e cuidados para idosos em situação de rua. Nos CAEI há presença de enfermeiros e técnicos de enfermagem, e estes serviços recebem apoio das UBS, incluindo as equipes multiprofissionais, além do apoio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidade de Referência em Saúde do Idoso (URSI), entre outros equipamentos^{52,53}. Além disso, os CAEI oferecem refeições aos seus moradores, atuando como possibilidade de enfrentamento à insegurança alimentar entre idosos vulneráveis na Cidade de São Paulo.

6.5.2.4 Insegurança Alimentar

Situação desafiadora discutida amplamente pelos participantes da pesquisa diz respeito a insegurança alimentar de pessoas idosas na Região Centro de São Paulo, devido à insuficiência financeira. A perda de poder aquisitivo nesta fase da vida foi destacada pelos profissionais como condição que afeta a aquisição de alimentos. Conforme problematizado pelos participantes, devido a insuficiência financeira, os idosos precisam escolher quais contas pagar, e isso gera repercussões sobre a aquisição de alimentos desta população. Ainda, uma enfermeira ressaltou que alguns idosos frequentavam as atividades coletivas da UBS em função do lanche compartilhado nestes espaços.

Em trabalho que entrevistou com idosos que moram sozinhos em Portalegre, cidade do interior do Rio Grande do Norte, os participantes referiram preocupação importante com a renda mensal, que se mostrou insuficiente para o gerenciamento das despesas. Nestas situações, os indivíduos optaram por gastar seu dinheiro com prioridades como alimentação e medicamentos em detrimento de outras atividades, como lazer ou cultura⁹⁹. Uma pesquisa recente sobre sarcopenia em idosos identificou associação positiva entre insegurança alimentar grave e maior risco de sarcopenia em idosos ≥ 65 anos residentes de países em desenvolvimento¹⁰⁶.

Para discutir Insegurança Alimentar, é importante destacar a importância da garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), incluído na definição de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), que é “a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente,

sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis”¹⁰⁷. A Insegurança Alimentar, uma clara violação do DHAA, caracteriza-se por situação preditora da fome, sendo identificada desde a incerteza quanto ao acesso aos alimentos, passando pela redução quantitativa e qualitativa de alimentos aos moradores de um domicílio, até esta situação, em sua forma mais grave, atingir as crianças¹⁰⁸.

Estar em situação de insegurança alimentar historicamente era comum para muitos brasileiros, e em meados do último século pesquisadores dedicaram esforços para o enfrentamento deste problema social, como Josué de Castro e Herbert de Souza, o Betinho, que expuseram em seus trabalhos a situação da fome no Brasil¹⁰⁹. A partir destes movimentos, nas décadas de 1990 e 2000, inúmeras ações de enfrentamento a fome foram realizadas, como a criação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN), o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN)^{110,111} e a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional¹¹⁰. Como resultado deste conjunto de esforços, o Brasil saiu oficialmente do Mapa da Fome em 2014. Segundo a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), houve uma redução de 84,7% de brasileiros em situação de subalimentação entre os anos de 1990 e 2014¹¹². Apesar desta importante evolução ocorrida na década anterior, evidências indicam aumento da prevalência de Insegurança Alimentar no Brasil, a partir de 2015, período de início da crise econômica e política que afeta o país até os dias atuais^{113,114}. Em 2018 observava-se declínio nos níveis de Segurança Alimentar, e aumento significativo dos índices de Insegurança Alimentar no Brasil¹¹⁵. Apesar do agravamento destes índices, no início do ano de 2019 o Governo Federal extinguiu o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, órgão que, entre outras funções, exercia o controle social na formulação e execução de políticas e programas de Segurança Alimentar e Nutricional¹¹⁶.

O relato informado pelos profissionais de saúde, quanto à dificuldade dos idosos assistidos em adquirir alimentos, denuncia situação grave que requer cuidados. Os participantes demonstraram surpresa em verificar insegurança alimentar na Região Centro do Município de São Paulo, considerado o mais rico do país. Importante destacar que os relatos dos trabalhadores foram coletados entre agosto e outubro de 2019, antes de pandemia da COVID-19, decretada em março de 2020 pela

Organização Mundial da Saúde (OMS). Desta maneira supõe-se que muito provavelmente a vulnerabilidade social entre idosos nesta Região possa ter se agravado.

De fato, relatório do comitê de segurança alimentar da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO)¹¹⁷, publicado em 2021, alerta que o quadro de insegurança alimentar no mundo tende a se agravar em decorrência da pandemia. Reportagem publicada pela Fundação Oswaldo Cruz sinaliza preocupação quanto aos impactos negativos da pandemia para o agravamento da situação de insegurança alimentar no Brasil, e suas consequências, como o impacto na saúde mental dos indivíduos, que tendem a intensificar a sobrecarga de atendimentos no SUS¹¹⁸. O Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia de COVID-19 indica que apenas 44,8% dos domicílios brasileiros tinha seus moradores em Segurança Alimentar, sendo o pior índice desde 2014¹¹⁵. Os resultados do Inquérito alertam que, em 2020, a Insegurança Alimentar e a fome no Brasil retornaram aos patamares próximos aos de 2004. Por outro lado, domicílios com pessoa de referência, ou seja, responsável pela maior renda, ≥ 65 anos ou aposentada apresentaram melhor situação de segurança alimentar, indicando fator de proteção à população idosa. Apesar disso, a sobreposição da crise sanitária atual em relação à crise econômica que o Brasil já atravessava antes da pandemia é preocupante, especialmente ao considerar a ausência de respostas efetivas advindas das políticas públicas¹¹⁵. O país responde à crise econômica piorada pela pandemia do Coronavírus com a criação de um Auxílio Emergencial, que desde 2020 oferece um valor que varia entre R\$ 150 a R\$ 375 a indivíduos sem emprego formal, que não sejam beneficiários do INSS, e que atendam a critérios descritos pelo Ministério da Cidadania¹¹⁹. Entretanto, importante ressaltar que a inflação, que tem refletido em aumento substancial dos preços dos alimentos e outros itens essenciais, como gás de cozinha, a energia elétrica e os combustíveis, pioram ainda mais o poder aquisitivo do cidadão brasileiro neste período, prejudicando, certamente, a aquisição de alimentos e agravando a situação da insegurança alimentar.

6.5.2.5 Não adesão dos idosos às propostas de cuidado

Nas duas etapas da pesquisa, as entrevistas e o grupo focal, os profissionais discutiram sobre a dificuldade em lidar com a não aceitação pelas pessoas idosas das propostas de cuidado em saúde ofertadas, especialmente para enfrentamento da perda de peso não intencional. Os participantes da pesquisa informaram que alguns idosos não seguiam as orientações nutricionais realizadas pelas equipes de saúde, pois não gostariam de mudar hábitos alimentares constituídos ao longo da vida. Além disso, os participantes mencionaram que era comum que usuários em situação de vulnerabilidade social recusassem inclusão em serviços como o Programa Acompanhante de Idosos (PAI) ou o Serviço de Alimentação Domiciliar Para Idosos (SADPI), por resistência ou constrangimento quanto à exposição aos vizinhos.

Outros trabalhos internacionais discutiram a dificuldade de adesão das pessoas idosas às propostas de cuidados em saúde: profissionais de saúde ingleses relataram que as pessoas idosas com desnutrição não aderiam às orientações nutricionais realizadas, atribuindo tal dificuldade a terem recebido, por muitos anos, orientações para manejo de doenças crônicas, que usualmente são direcionadas para controle ou diminuição de peso e têm abordagem bastante diferente da realizada para desnutrição⁶¹. Profissionais irlandês e ingleses, igualmente, referiram ter conhecimento de muitas ações de saúde para enfrentamento à obesidade e manejo de doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus em seus países, porém poucas ações para o enfrentamento à desnutrição em idosos^{56,57}.

Ainda, as orientações nutricionais realizadas para a perda de peso não intencional contrariam valores de uma sociedade que valoriza o emagrecimento e o corpo magro, e que associa a perda de peso a algo positivo, tanto do ponto de vista estético, quanto do ponto de vista da saúde, e tais questões podem influenciar na adesão ao cuidado em saúde, conforme referido por idosos participantes de trabalhos internacionais^{60,61}. Em consonância à questão associada a imagem corporal, outros trabalhos realizados fora do Brasil com idosos demonstraram que alguns destes apresentavam constrangimento ao conversar sobre seu peso, seu corpo e sua condição de saúde com os profissionais da APS⁵⁸⁻⁶².

Além disso, há, também, a não adesão às orientações para aumento de aporte calórico visando manejo da perda de peso não intencional ou desnutrição. Autores da

literatura internacional destacaram a dificuldade das pessoas idosas em aceitar e utilizar em longo prazo os Suplementos Nutricionais Orais, devido a situações como desconforto gástrico, entre outras^{59,60}.

A não adesão dos idosos às orientações pode advir, também, da não compreensão delas, e tal situação também é verificada em trabalhos realizados em outros países. Em dois trabalhos com idosos ingleses, os entrevistados referiram desejar ajuda para mudança de hábitos alimentares com enfoque em melhora do estado nutricional, mas afirmaram que não seguem as orientações dos profissionais de saúde por não as compreender ou aceitá-las. Também referiram nunca ter recebido orientação nutricional específica para aumento de calorias e proteínas, visando manejo de desnutrição^{60,61}.

A discussão sobre adesão ao cuidado em saúde deve considerar a autonomia dos pacientes, e o debate sobre este conceito ainda é superficial nos serviços de saúde. Em trabalho realizado com profissionais de saúde da AB, observou-se que estes adotavam posturas autoritárias, e desconsideravam a autonomia dos sujeitos frente às propostas terapêuticas realizadas, gerando frustração e insegurança, conforme identificado também em nossos achados. Ademais, não considerar os usuários como detentores de desejos e crenças que interfiram em seu tratamento de saúde gera desempoderamento, reserva a esses indivíduos lugar de “paciente” e atribui a eles significativa passividade. Os autores discutem, ainda, sobre a interferência da subjetividade e da autonomia dos usuários do serviço no tratamento quando este é traçado exclusivamente pelos profissionais. A frustração dos profissionais da AB é atribuída à forte influência do modelo hospitalar de saúde na formação e atuação deles, centradas em procedimentos, exames e prescrição de medicações. No âmbito hospitalar, naturalizou-se retirada da autonomia do sujeito perante a equipe de saúde¹²⁰.

Embora no Brasil haja leis que garantam o respeito aos direitos da pessoa idosa, ainda há forte tendência em rotular esta população como incapaz de tomar decisões sobre os seus cuidados. Em discussão sobre as diferentes definições de autonomia, os argumentam em favor da “autonomia relacional”, que considera outras situações que possam interferir na tomada de decisões, como os aspectos sociais, relacionados à política, cultura, economia, raça, sexo, entre outros. Além disso, a vulnerabilidade da população idosa deve ser considerada, sobretudo quando o

envelhecimento é acompanhado de processo de senilidade, ou seja, associado a processos patológicos, podendo acarretar dificuldade de compreensão sobre o que se passa a sua volta, bem como dificuldade em expressar seus pensamentos e vontades. Nestes casos, o apoio familiar e a atenção da equipe de saúde são fundamentais para garantir a tomada de decisão do paciente, dentro dos limites impostos por sua condição de saúde, evitando comportamentos autoritários e paternalistas¹²¹.

6.5.3 Desafios do processo de trabalho para o cuidado às pessoas idosas, incluindo aquelas com perda de peso não intencional

O envelhecimento populacional acelerado, associado ao perfil de alta prevalência de DCNT como diabetes mellitus, hipertensão arterial, entre outras, gera sobrecarga nos serviços de saúde, em especial no público. Somado a essa situação, a crise econômica e política vivenciada pelos brasileiros também tem demandado maior uso dos serviços públicos de saúde por pessoas que não têm condições de manter seus planos de saúde particulares.

Desta maneira, segundo o princípio doutrinário da universalidade, o SUS tem acolhido à população, mas a maneira como essa assistência tem sido realizada requer problematização. Diversos desafios associados ao processo de trabalho para o cuidado à população idosa, incluindo indivíduos com perda de peso não intencional, foram discutidos pelos participantes da pesquisa.

6.5.3.1 Impaciência dos profissionais de saúde

Os participantes da pesquisa observaram que é comum o mal acolhimento às pessoas idosas dentro dos serviços de saúde, relacionado à impaciência dos trabalhadores com esta população. Em pesquisa que entrevistou idosos que moram sozinhos no interior do Rio Grande do Norte, os participantes referiram incômodo em relação à maneira como são tratados pelos serviços de saúde, estando sujeitos a

relações de poder verticalizadas e por vezes autoritárias por parte dos profissionais de saúde, que realizam maus atendimentos⁹⁹.

Ressalta-se que uma das premissas do trabalho no SUS é Humanização, e, para isso, há política pública específica, que possui uma diretriz sobre acolhimento. A Política Nacional de Humanização (PNH) define que acolher é “reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde”, e tem como objetivo construir relações de confiança, compromisso e vínculos entre trabalhadores e usuários do serviço, por meio da escuta qualificada, de modo a assegurar atendimento com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco¹²². Sendo assim, é importante que essa política seja de conhecimento dos trabalhadores do SUS, especialmente para prover atenção às populações mais vulneráveis como os idosos, incluindo aqueles com perda de peso não intencional.

6.5.3.2 Insuficiência de espaço físico nos serviços de saúde

A insuficiência de espaço físico nas UBS foi mencionada por alguns profissionais participantes da pesquisa como desafio para o cuidado à população idosa. Um dos profissionais, integrante de equipe NASF, referiu dificuldade em garantir um espaço para realizar atendimento individual à população, especialmente para aplicar a AMPI-AB, que possui testes de rastreio funcional que requerem ambiente silencioso e espaçoso para que sejam aplicados de maneira adequada.

Embora o NASF, segundo diretrizes ministeriais³⁹, deva ocupar o mesmo espaço físico dos demais profissionais das UBS, na prática observa-se que é comum que estas equipes apresentem dificuldade em conseguir locais para atendimentos¹²³. Existem normas que definem os padrões estruturais de uma UBS, que incluem garantia de salas específicas para procedimentos de enfermagem, como vacina, curativo e aplicação de medicações, bem como os consultórios para atendimento de consultas^{124,125}. Ressalta-se que, num atendimento de saúde, os pacientes têm direito ao sigilo, e que o sigilo tende a ser violado quando não há espaço físico suficiente para o pleno funcionamento do serviço. É comum nas UBS que, durante as consultas, outros profissionais – e por vezes usuários – batam na porta dos

consultórios, entrem, e isso fere o direito ao sigilo do paciente, bem como interfere no estabelecimento de vínculo entre profissional e paciente¹²⁶. Ademais, espaço reservado e livre de interferências mostra-se essencial para que a AB cumpra sua vocação, enquanto um nível de atenção à saúde caracterizado pelo uso de tecnologias leves, como acolhimento, escuta e criação de vínculos¹²⁷.

As boas condições de estrutura garantem satisfação dos profissionais e melhor experiência do usuário, são fundamentais para desenvolvimento de ações de educação e promoção da saúde e prevenção de agravos¹²⁶. Em trabalho de revisão sobre a atuação dos NASF, os autores identificaram que a ausência de infraestrutura adequada, como a relacionada à disponibilização de espaço físico para atuação dos profissionais do NASF, representa importante desafio para organização do processo de trabalho das equipes. Uma alternativa oferecida pelos autores para tal situação é a busca de espaços físicos nos territórios de atuação, o que permite aproximação e estabelecimento de vínculos com o território sanitário adscrito¹²³.

Em geral, a categoria médica tem privilégio no uso de consultório nas UBS devido às metas de produtividade altíssimas exigidas destes profissionais. Por conta disso, outras categorias como enfermagem e profissionais das equipes NASF são desfavorecidos, e necessitam adaptar-se a outros espaços de atendimento, por vezes inadequados, bem como realizar reagendamentos, ou revezar sala com médicos. Esta situação reforça a reprodução do modelo biomédico, que privilegia o atendimento médico em detrimento dos demais profissionais¹²⁶.

6.5.3.3 Metas de produtividade na AB

Ainda em relação ao modelo biomédico vigente, outra situação problematizada foi em relação às metas de produtividade. Os profissionais discutiram coletivamente no grupo focal esta situação. Destacaram situações como o tempo curto de consulta médica, de 15 minutos, e os números altos de produção exigidos das Equipes de Saúde da Família, com destaque para os números de visitas mensais que os ACS devem realizar.

Este modelo personifica o imaginário popular de atendimento de saúde, que é centrado no médico, na doença, no medicamento e nas intervenções. Ele traduz

usualmente o desejo do usuário do serviço, bem como norteia e estrutura as unidades de saúde. Em trabalho sobre atravessamentos e transversalidades na Estratégia Saúde da Família, os autores discutem de forma bastante lúcida os impasses desse modelo frente à proposta de Atenção Básica no Brasil. Os autores ponderam que, no contexto da AB, é necessário concentrar-se na terapêutica, na longitudinalidade e na construção de vínculos visando resultados em longo prazo, considerando a subjetividade dos sujeitos frente ao processo saúde-doença. Ainda, referem que o modelo de gestão *taylorista*, focado em número de atendimentos elevado, que resulta em alta produtividade quantitativa, não dialoga com a proposta da AB, que visa olhar clínico ampliado e escuta da subjetividade – estes são dois aspectos fundamentais, não palpáveis em números¹¹⁷.

Na Cidade de São Paulo, a gestão da AB é realizada primordialmente por contratos celebrados entre a Secretaria Municipal de Saúde e as Organizações Sociais de Saúde (OSS), que são pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos que realizam parcerias com entes públicos tais como os governos estaduais e prefeituras¹²⁸. Esta forma de gestão representa, de alguma maneira, a terceirização da saúde, e vem sendo debatida largamente no meio científico desde a sua implementação, com a Lei nº 9.637/98¹²⁹. Em tese de doutorado sobre contratos de gestão de Hospitais Escola, o autor realiza discussão sobre a precarização dos serviços sob modelo de gestão, que é norteado por contratos que impõem, dentre outras questões, a automatização, o deslocamento da relação profissional-paciente para profissional-organização e a decomposição do cuidado em atividades isoladas e protocolares, transformadas em metas quantitativas e numéricas¹³⁰.

O contrato de gestão vigente no município de São Paulo para a gestão das OSS na Região Centro até o ano de 2021 prevê, em seu item 10, parâmetros para a transferência de recursos em função do desempenho, incluindo produtividade por linha de serviço, que especifica que o não cumprimento de 85% ou mais das metas de produção implicará em desconto de repasse financeiro às OSS. As metas deste contrato preveem 416 consultas/médico/mês, 200 visitas domiciliares/agente comunitário de saúde/mês e 156 consultas/enfermeiro/mês. Ressalta-se novamente que, em agenda, a duração da consulta médica é de 15 minutos¹³¹.

Esse conjunto de situações – alto número de atendimentos individuais com pouco tempo de duração, baseado no modelo biomédico de saúde, gera prejuízos no

cuidado continuado dos usuários previsto na AB, e pode interferir na identificação de questões de saúde importantes, conforme discutido pelos participantes desta pesquisa. Eles observaram que a necessidade de realizar muitas visitas domiciliares pelos ACS e o tempo curto de atendimentos médicos interfere na identificação de condições de saúde como a perda de peso não intencional em idosos. Estudos em âmbito internacional sobre desnutrição em idosos corroboram estes resultados. Na Irlanda, Inglaterra e Holanda, médicos generalistas de Atenção Primária à Saúde informaram dificuldade em identificar a desnutrição em idosos devido ao excesso de outras demandas clínicas somadas ao curto tempo de atendimento^{56,57,58}.

6.5.3.4 Sofrimento psíquico vivenciado pelos profissionais de saúde da AB

Ao longo das duas etapas da pesquisa, observou-se que os participantes realizaram reflexões quanto ao sofrimento psíquico que vivenciam em sua prática de trabalho. A dificuldade em lidar com determinantes sociais de saúde complexos como a vulnerabilidade social, as violências e negligências, foram frequentes mencionados entre os trabalhadores nas duas etapas desta pesquisa. Os participantes expressaram, também, sentimento de frustração associado à burocracia para a garantia de cuidado à população, aos atravessamentos no processo de trabalho e aos limites de atuação de suas profissões no contexto da AB. Além disso, relataram observar sentimentos parecidos entre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com quem trabalham. Estes sentimentos evidenciam um sofrimento psíquico, comum entre trabalhadores de saúde da Atenção Básica, identificado também por outros autores.

Estudo realizado no Município de São Paulo sobre o sofrimento dos profissionais de saúde na AB demonstrou que os profissionais referiram frustração, desânimo e desgaste quanto à ineficiência de outros setores além da saúde, e produzir respostas a condução de casos sociais complexos. Os profissionais deste estudo referiram, ainda, envolvimento pessoal com casos sociais complexos, gerando sofrimento emocional. As autoras do trabalho destacaram especificamente o tensionamento que permeia a atuação do trabalho do ACS, que, por ser morador da mesma comunidade que assiste sanitariamente, por vezes se envolve pessoalmente com os usuários, oferecendo assistência fora do horário de trabalho, fornecendo seu

contato telefônico pessoal e, até, realizando doações de alimentos com recursos próprios¹³². Achados semelhantes quanto às frustrações, desgaste e outras formas de sofrimento psíquico de trabalhadores na AB são descritos também em diversos trabalhos nacionais¹³³⁻¹³⁵.

Esta pesquisa, pela sua delimitação metodológica, que incluiu profissionais com formação superior na AB, não abrangeu em seu público-alvo os ACS. Porém, esta categoria profissional foi mencionada nas falas dos profissionais em ambas as etapas da pesquisa. Os participantes discutiram individual e coletivamente suas percepções quanto ao trabalho dos agentes comunitários. Relatos sobre frustrações dos ACS com a Rede de Atenção à Saúde e Intersectorial em relação à assistência aos idosos em vulnerabilidade, dificuldade em discutirem casos com as equipes da UBS, baixa expectativa quanto à atuação das equipes no cuidado aos seus cadastrados, parecem permear a atuação dos ACS na percepção dos profissionais participantes da pesquisa.

Em contraponto à discussão sobre as frustrações dos ACS, uma enfermeira referiu também vivenciar sobrecarga e frustração, assim como os demais profissionais das Equipes de Saúde da Família além dos ACS. Em trabalho de revisão da literatura nacional e internacional, os autores identificaram 14 artigos que destacam esgotamento de trabalhadores da AB, sobretudo profissionais de enfermagem, associado a fatores como condições inadequadas de trabalho e escassez de recursos humanos e físicos, que geram sobrecarga de trabalho, além de outros fatores¹³⁶. Em trabalho com profissionais de NASF sobre Síndrome de Burnout, os autores identificaram risco de desenvolvimento da Síndrome associado a níveis elevados de exaustão emocional¹³⁷.

Embora haja identificação de modo geral entre os participantes quanto a sobrecarga e frustrações associadas à complexidade do trabalho na AB, alguns profissionais realizam reflexões importantes que sugerem possibilidades de enfrentamento às dificuldades que se colocam. Uma possibilidade sugerida foi a importância de incentivar e acolher as falas dos ACS, por exemplo, nas reuniões de equipe. Em trabalho com profissionais da AB sobre vulnerabilidade social da população assistida, os autores destacam que os profissionais consideram as reuniões de equipe da ESF como local para definição de estratégias de intervenção

junto à comunidade, troca de experiências gerando aprendizado coletivo, além de espaço de acolhimento de angústias entre os membros¹³².

Outra possibilidade de enfrentamento informada para as frustrações que se colocam seria a compreensão dos limites do trabalho. Entender que a definição de saúde é ampla, complexa, e que o adoecimento é permeado por diferentes determinantes sociais de saúde permite lidar com as questões de socio-sanitárias de forma realista, considerando alcançar metas possíveis. Isso pode atenuar as frustrações e sofrimentos frente aos desafios para o cuidado que se impõem no contexto da AB¹³⁴⁻¹³⁶.

6.5.4 Desafios para o trabalho interprofissional na assistência aos idosos com perda de peso não intencional

Os profissionais vinculados às equipes NASF participantes da pesquisa informaram alguns desafios associados ao trabalho. Uma das discussões realizadas foi a respeito do enfraquecimento do trabalho junto às redes intersetoriais que compõem o cuidado à pessoa idosa. Em pesquisa de revisão acerca do trabalho dos NASF, os autores identificaram que a fragilidade de articulação com as redes intra e intersetoriais foi relatada como elemento que influencia na organização do trabalho dos NASF, e pode dificultar a garantia de intervenções voltadas ao cuidado integral dos usuários¹²³.

A articulação de ações com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e intersetoriais é premissa do trabalho da AB. O Ministério da Saúde define as Redes de Atenção à Saúde como “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”¹³⁸. Neste contexto, a Atenção Básica atua como centro da comunicação nas RAS e coordenadora do cuidado em saúde, e a atuação das equipes da AB para o cuidado continuado está associada ao bom funcionamento destas redes. Compõem o cuidado também serviços de outros setores, como assistência social, habitação, trabalho, esporte, cultura, entre outros¹³⁸. A assistência e enfrentamento à perda de peso não

intencional em idosos requer articulação intra e intersetorial para garantia de cuidado à esta população.

Outro desafio mencionado pelos participantes que eram integrantes de equipes NASF nas entrevistas foi sua atuação isolada, sem participação dos profissionais da ESF, para o cuidado à população em alguns espaços, como as abordagens grupais. Uma das ferramentas tecnológicas do trabalho do NASF é a pactuação do apoio, que deve ocorrer entre NASF, ESF e gestores. Esta pactuação envolve delimitar objetivos para realizar o cuidado aos problemas que se apresentam, de modo a garantir atuação conjunta entre equipe de referência e NASF³⁸. Entretanto, as diferentes dinâmicas de trabalho entre ESF e NASF são observadas como desfavoráveis para a atuação conjunta entre profissionais. Metas de produtividade elevadas, conforme já discutido anteriormente, e a necessidade de colaboração em ações prioritárias, por vezes solicitadas de última hora, como campanha de vacinação, por exemplo, tomam tempo das Equipes de Saúde da Família e alteram seus planejamentos de trabalho, podendo acarretar atuação em separado das equipes¹²³.

No grupo focal os profissionais discutiram sobre os atravessamentos do processo de trabalho e seus prejuízos na assistência à população pelas equipes da AB, com ênfase para participação na campanha de vacinação de sarampo, que ocorreu no ano de 2019 e demandou esforços dos profissionais da AB, especialmente das equipes de enfermagem, que deixaram de realizar ações previstas em suas rotinas de trabalho, como participação em reuniões e atendimentos, por vezes compartilhados com outros profissionais. Os participantes ressaltaram, também, que estes atravessamentos e prioridades ocupam boa parte de seus esforços de trabalho, e podem prejudicar a identificação de situações importantes, como a perda de peso não intencional em idosos. Outros autores da literatura internacional realizaram discussão semelhante, identificando que a necessidade de lidar com outras demandas prioritárias na APS pode prejudicar a detecção da perda de peso não intencional ou desnutrição em pessoas^{56,57,58}.

6.6 POSSIBILIDADES DE CUIDADO À PESSOA IDOSA NA AB, INCLUINDO AQUELAS COM PERDA DE PESO NÃO INTENCIONAL

Como forma de contextualizar e favorecer a reflexão sobre o tema principal, buscou-se conhecer nas entrevistas, inicialmente, e a seguir no grupo focal, as possibilidades de cuidado para as pessoas idosas atendidas nas UBS da Região Centro que pudessem ou não incluir aqueles com perda de peso não intencional. Ao longo da pesquisa de campo, os participantes informaram e discutiram diferentes possibilidades de cuidado à esta população.

6.6.1 Abordagens grupais como dispositivo de cuidado

As abordagens grupais foram mencionadas inúmeras vezes pelos profissionais como sua principal forma de cuidado às pessoas idosas. Os grupos foram considerados como espaços que garantem contato frequente dos profissionais com os idosos, favorecendo a socialização entre os participantes, e a construção de vínculos entre usuário e terapeuta, permitindo, desta maneira, maior atenção às questões de saúde desta população.

As abordagens grupais, dispositivo de cuidado que as equipes de saúde utilizam com frequência na Atenção Básica, são espaços para acompanhamento de condições comuns na população assistida, como, por exemplo, grupos para manejo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, alimentação adequada e saudável, dores crônicas, saúde mental entre outras temáticas. Os grupos também podem ser realizados para cuidado continuado aos ciclos de vida, como grupos para crianças, adolescentes, gestantes e idosos³⁸.

Espera-se que as abordagens grupais se configurem como espaço para veiculação de informações com vistas a promover autonomia e empoderamento, e que possibilitem, também, processos de ajuda mútua, partilha de sofrimentos e estratégias de superação, cooperação e solidariedade entre os participantes. Ainda, a aproximação terapêutica entre profissional e paciente promove superação do poder do técnico de saúde como único detentor de conhecimentos, frente aos saberes e às histórias de vida dos sujeitos que compõem este espaço, nivelando todos os

participantes, sejam eles profissionais e pacientes, em horizontalidade nas suas relações^{38, 139, 140, 141}.

Estudos sobre o trabalho em grupo confirmam expectativas presentes em documentos norteadores do trabalho das equipes da AB. Esses estudos evidenciam as abordagens grupais como ferramentas potentes nesse nível de atenção à saúde e que produzem resultados satisfatórios no olhar dos usuários. Participantes de grupos demonstraram satisfação em pertencer a um espaço de aprendizagem e troca entre outros sujeitos. Ainda, a participação nos grupos dispõe os usuários a adotarem hábitos de vida mais saudáveis, gerando empoderamento e corresponsabilização pela própria saúde. A dimensão psicoafetiva associada a socialização entre os participantes dos grupos é destacada como aspecto positivo, e reforça a importância da abordagem grupal para superar o modelo biomédico e fragmentado de saúde, prevendo atuação interprofissional e integrada nestes espaços^{142,143}.

Embora as abordagens grupais sejam espaços potentes de produção de saúde, empoderamento, aproximação entre sujeitos e terapeutas, como já mencionado, importante destacar que as atividades em grupo não estão incluídas no contrato de gestão de municipal¹³¹, portanto, embora sejam premissas das Políticas de Saúde³⁸, não são avaliadas de forma quantitativa e tampouco monetizadas. Isso pode interferir na garantia de sua execução, conforme mencionado também por uma integrante de equipe NASF, que relatou realizar muitos grupos sem presença dos profissionais das EqSF. A ausência destes profissionais é justificada, conforme já discutido, pela necessidade de priorizar outras metas que são associadas ao repasse financeiro da Secretaria Municipal de Saúde às Organizações Sociais de Saúde, como atendimentos individuais, em detrimento da assistência em grupo. Em trabalho sobre atividades educativas na APS, os autores problematizam essa situação, e propõem como sugestão a criação de algum indicador contratual que possa dar visibilidade às abordagens grupais, e isso pode garantir a presença de profissionais da ESF nos grupos compartilhados com os NASF¹³⁷.

6.6.2 Visita domiciliar

Este dispositivo de cuidado foi discutido como uma das possibilidades de realizar atenção à saúde da população idosa, para além do espaço físico das Unidades Básicas de Saúde. Os profissionais informaram que no domicílio conseguem observar outros aspectos associados à alimentação das pessoas idosas, como a disponibilidade de alimentos, por exemplo. Ainda, compreendem que esta abordagem é um dos diferenciais da Estratégia Saúde da Família, pois no domicílio é possível compreender as dimensões associadas à vida da população assistida neste âmbito de atenção à saúde.

A visita domiciliar está inserida na AB como resposta à necessidade de atender à demanda domiciliar da população adscrita. Ela pode ser utilizada pelas equipes para acompanhar usuários que apresentem condições de saúde que os impeçam de ir até a UBS, como portadores de limitações físicas¹⁴⁴. Entretanto, também é realizada pelas equipes de saúde com o objetivo de ofertar cuidados, considerando o contexto familiar e social em que o usuário está inserido, com programação de ações a partir de sua realidade, além de oportunizar maior proximidade entre profissional e paciente, conferindo integralidade e humanização nas relações¹⁴⁴⁻¹⁴⁶.

No domicílio é possível visualizar outros determinantes que interferem na saúde do sujeito, além da dimensão biológica, como as condições socioeconômicas, ambientais e culturais¹⁴⁴. Estudos sobre as visitas domiciliares da ESF evidenciam serem abordagem importante, pois permitem aproximação, diálogo e vinculação entre profissionais, usuários e serviços^{145,146}.

6.6.3 Reunião de equipe ou “matriciamento”

Os participantes da pesquisa informaram que as reuniões de equipe são locais para discussão sobre as questões de saúde das pessoas idosas, como a perda de peso não intencional e demais situações decorrentes do envelhecimento, possibilitando planejar de forma compartilhada a atenção a esta população por meio do Apoio Matricial, ou “matriciamento”.

O conceito de Apoio Matricial prevê que duas ou mais equipes de saúde, como as Equipes de Saúde da Família e os NASF, num processo de construção compartilhado, formulem propostas de intervenção pedagógico-terapêutica¹⁴⁷, sendo este o ponto de partida para efetivação da integralidade da atenção, longitudinalidade e coordenação do cuidado, diretrizes e princípios do SUS, que se efetivam por meio das pactuações realizadas entre os profissionais de saúde através do Projeto Terapêutico Singular (PTS)³⁸.

O PTS, que segundo o Ministério da Saúde, é “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com Apoio Matricial, se necessário”, visa pactuar objetivos para o cuidado aos sujeitos, identificando ações a serem realizadas, profissionais responsáveis e prazos de cumprimento. É desenvolvido em quatro momentos, a saber: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação³⁸. Os PTS podem ser construídos nas reuniões de equipe, e, neste momento, a discussão interprofissional é fundamental para a garantia de multiplicidade de saberes e a elaboração de propostas assertivas para o cuidado ao sujeito. Nessa perspectiva, o PTS constitui-se instrumento fundamental para o manejo e enfrentamento de situação complexa como a perda de peso não intencional em idosos, pois propõe intervenções para os diferentes determinantes dessa desafiadora condição relacionados ao processo saúde-doença, doenças pré-existentes, condições psicossociais que implicam em diminuição de apetite ou de consumo alimentar, entre outros³⁸.

6.6.4 Educação Permanente em Saúde (EPS)

Uma das possibilidades de enfrentamento à perda de peso não intencional, abordada de forma consistente em ambas as etapas da pesquisa, foi a Educação Permanente em Saúde (EPS). Os profissionais identificaram que a Educação Permanente pode instrumentalizá-los para realizar melhor assistência aos idosos com perda de peso não intencional.

A educação dos recursos humanos em saúde é prevista na Lei Orgânica da Saúde, nº8080/1990, e em 2004, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Cabe realizar diferenciação entre dois conceitos importantes: Educação Continuada (EC) e Educação Permanente em Saúde (EPS), pois por vezes os termos são considerados sinônimos¹⁴⁸.

Segundo a última versão da PNEPS a Educação Continuada contempla atividades que possuem período definido para execução, e utiliza, em maior parte, pressupostos da metodologia de ensino tradicional, como as ofertas de pós-graduação. Além disso, relaciona-se às atividades educacionais que visam aquisição sequencial e acumulativa de conteúdos técnico-científicos pelo trabalhador. Já a Educação Permanente se configura como a “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”¹⁴⁸. Este conceito está intimamente ligado à dimensão técnico-pedagógica do Apoio Matricial³⁸.

Articula-se ao conceito de EPS outro recentemente incluído nessa discussão, qual seja o conceito de Educação Interprofissional em Saúde (EIP). O Ministério da Saúde define EIP como uma intervenção em que membros de mais de uma profissão da saúde aprendem em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a colaboração interprofissional¹⁴⁸. Estes conceitos reafirmam o espaço da AB, em especial da ESF, junto ao NASF, como pertinente para prática interprofissional colaborativa voltada ao enfrentamento de questões complexas em saúde.

Assim configura-se como possibilidade de resposta à questão de perda de peso não intencional em idosos informada pelos participantes, abordar o tema em reuniões de equipe, falar sobre ele na perspectiva da interprofissionalidade, criar espaços de Educação Continuada ou Permanente em Saúde. Nesses espaços haveria capacitação dos profissionais quanto à temática, orientando-os sobre como identificar, como avaliar, quais perguntas realizar, quais são os parâmetros antropométricos importantes a serem avaliados e como prevenir e manejar. Neste sentido, o nutricionista é essencial para atuar como agente de disseminação de informações sobre o assunto. Dois estudos que avaliaram profissionais não nutricionistas da AB, na Irlanda e Austrália, submetidos a treinamento sobre triagem nutricional e capacitação sobre nutrição, revelaram que os profissionais treinados apresentaram melhores conhecimentos para prevenir desnutrição em seus pacientes, resultando em melhora na assistência nutricional prestada^{67,68}. Embora o conceito de Educação

Permanente em Saúde aborde a perspectiva da discussão não programada, mas baseada nas questões que se colocam na rotina profissional, a experiência destes outros países nos leva a crer que, inicialmente, é importante falar do assunto para que os profissionais possam ser instrumentalizados, de modo a identificar possíveis casos de perda de peso não intencional em idosos e prevenir suas complicações.

6.6.5 Outros dispositivos para o cuidado a pessoa idosa na AB

Os profissionais também consideraram a “Sala do Envelhecimento Saudável”, ou “Sala do Idoso” como local que possibilita o cuidado a esta população, onde é possível, inclusive, aplicar a AMPI-AB, realizar orientações e encaminhamentos necessários.

O acolhimento ao idoso em sala própria para tal finalidade foi implementado nas UBS em 2019, como resposta à meta 7 do “Plano de Metas para a Cidade de São Paulo 2017-2020”, que tinha como objetivo transformar São Paulo em Cidade Amiga do Idoso. Para obter selo pleno do programa “São Paulo Amigo do Idoso”, foram propostos eixos de trabalhos em diferentes Secretarias Municipais. No âmbito da Saúde, foram realizadas algumas propostas como a implementação da RASPI em toda a cidade, implementação da sala de acolhimento para o idoso, aplicação de AMPI-AB em 100% da população idosa, inauguração e ampliação de equipamentos de saúde e assistência social como Unidades de Referência à Saúde do Idoso (URSI), Programa Acompanhante de Idosos (PAI), Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), Centro-Dia para Idosos (CDI), Centro de Acolhida Especial para Idosos (CAEI), entre outros⁴⁶.

Estas propostas foram incluídas no “Programa Nossos Idosos”, criado pela Secretaria Municipal de Saúde em 2019 por meio da portaria nº 202/2019¹⁴⁹, com o objetivo melhorar autonomia, independência e qualidade de vida das pessoas idosas do município. Esse Programa configura-se como resposta ao aumento desta população no Município e prevê uma série de atividades e cuidados realizadas pelas equipes interprofissionais das UBS da Cidade⁴⁵.

6.6.6 Cuidado compartilhado com a Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (RASPI)

Para compor o cuidado às pessoas idosas usuárias das UBS, os profissionais identificaram ao longo das duas etapas da pesquisa diversos serviços que compõem a RASPI e que contribuem para a assistência em saúde desta população. Foram citados as Unidades de Referência em Saúde do Idoso (URSI) e os Ambulatórios Médicos de Especialidades do Idoso (AME Idoso), que ofertam atendimento geriátrico e gerontológico, as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD), além do Programa Acompanhante de Idosos (PAI).

As URSI representam serviços de saúde da Atenção Especializada Municipal, que visam atender pessoas idosas frágeis e dependentes, através de Equipe Gerontológica Interprofissional, em gerenciamento do cuidado compartilhado com as equipes da AB¹⁵⁰. Já os AME Idoso, equipamentos de saúde Estaduais, são ambulatórios da Atenção Especializada que ofertam atendimento multiprofissional a idosos visando diagnóstico precoce de patologias, podendo realizar pequenos procedimentos e exames de apoio diagnóstico, além de atendimentos em grupo¹⁵¹. Com estruturas diferentes, ambos os serviços têm como objetivo promover envelhecimento ativo e saudável, de modo a garantir qualidade de vida às pessoas idosas. Os usuários da Região Centro de São Paulo podem acessar três destes equipamentos: A URSI Sé, e os AME Idoso Oeste e Sudeste. Desta maneira, observou-se que estes pontos da RASPI foram considerados pelos profissionais como potencialidades para composição do cuidado à esta população, incluindo a assistência a idosos com perda de peso não intencional.

Também mencionado como possibilidade de cuidados às pessoas idosas, o programa federal “Melhor em Casa”, que inclui as EMAD, oferta cuidado fora do espaço físico do serviço de saúde: as EMAD fazem a atenção domiciliar para indivíduos de qualquer idade, que apresentem dificuldade em deslocamento até a UBS devido a condições de saúde limitantes, requerendo cuidados domiciliares complexos até estabilização do quadro, como lesões por pressão, nutrição enteral, agudização de quadros crônicos, processo pós cirúrgico, entre outros, com atuação sempre baseada nos princípios doutrinários do SUS¹⁵². Pessoas idosas após

hospitalização podem necessitar destes cuidados, e a Região Centro de São Paulo dispõe de duas equipes EMAD.

Destaca-se, também, as diversas menções nas duas etapas da pesquisa ao Programa Acompanhante de Idosos como possibilidade de cuidado às pessoas idosas. O PAI, política municipal e inovadora, instituído em 2008, foi criado a partir da experiência exitosa de um programa piloto de acompanhamento de pessoas que necessitavam de suporte para Atividades de Vida Diária. Tem como objetivo ofertar assistência integral à saúde da população idosa dependente e socialmente vulnerável, com dificuldade de acesso ao sistema de saúde e com isolamento ou exclusão devido à insuficiência de suporte familiar ou social. O PAI está vinculado à AB, desenvolve-se dentro das UBS, e tem equipe composta por assistente social, médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e acompanhantes de idosos¹⁵³.

Observa-se que os participantes desta pesquisa consideraram o PAI como elemento fundamental para a assistência, podendo auxiliar no cuidado a idosos em isolamento social, bem como favorecer o acesso a outros serviços de saúde e intersetoriais. Por outro lado, os participantes destacaram que, por vezes, o cuidado em saúde esbarra na recusa da pessoa idosa em ser assistida pelo programa, e isso diminui as possibilidades planejadas pelas equipes. Além disso, os participantes também destacaram a importância do PAI em relação à identificação da perda de peso não intencional, pois os profissionais do Programa observam em mais detalhes aspectos relacionados à rotina, convívio familiar e hábitos alimentares dos idosos, podendo realizar discussão aprofundada dos casos com as equipes de saúde da UBS e elaborar propostas compartilhadas de intervenção para enfrentamento desta problemática.

6.6.7 Intersetorialidade no cuidado ao idoso e no enfrentamento à perda de peso não intencional

Os participantes da pesquisa mencionaram, também, outros serviços além da RASPI como possibilidade de cuidado às pessoas idosas e enfrentamento à perda de peso.

Os CRAS (Centro de Referência em Assistência Social) e os SASF (Serviços de Assistência Social e Proteção Social Básica no Domicílio), serviços da SMADS que atuam em situações de vulnerabilidade e risco social, ofertando convivência e fortalecimento de vínculos para famílias e indivíduos, foram mencionados como serviços que têm proximidade com as famílias, e podem contribuir para o cuidado às pessoas idosas. As Igrejas também foram informadas pelos entrevistados como rede de apoio importante para acesso à alimentação, ofertando Cestas Básicas, por exemplo, às pessoas idosas em dificuldade financeira.

Os Núcleos de Convivência para Idosos (NCI), assim como os Polos do Idoso, constituem-se equipamentos de proteção social da SMADS, que permitem convivência e fortalecimento de vínculos, por meio de atividades socioeducativas, e foram mencionados pelos profissionais como serviços que promovem socialização e saúde¹⁵⁴. Ainda em âmbito da SMADS, os profissionais mencionaram, também, o Centro-Dia para Idosos (CDI), que recebe diariamente pessoas idosas em situação de vulnerabilidade, com maior grau de limitação física ou cognitiva. Nos CDI, que são equipamentos socio sanitários, o idoso é cuidado por equipe multidisciplinar, participa de oficinas, e se alimenta no local¹⁵⁵. Embora ofereçam possibilidades de cuidado e socialização para pessoas idosas, a demora para acessar vagas nestes serviços foi referida como motivo de frustração para os participantes.

O projeto social “Abraça seu Bairro”, criado e gerido pela Sociedade Beneficente de Senhoras do Hospital Sírio-Libanês, visa desenvolver atividades de promoção da saúde, cultura, educação, qualificação profissional e geração de renda com foco em ações para o desenvolvimento biopsicossocial de indivíduos e famílias. Atua na Região Centro de São Paulo, ofertando atendimento a todas as faixas etárias, incluindo idosos. Este projeto oferece lanches aos seus participantes, e foi considerado pelos profissionais também como uma possibilidade de acesso a alimentação pelos idosos que o frequentam¹⁵⁶.

Além do acesso aos serviços mencionados, os profissionais destacaram a articulação entre eles – no âmbito da RASPI e Intersetorial - como possibilidade de enfrentamento à perda de peso não intencional em idosos. Essa articulação tem se dado por meio de discussão de casos, elaboração de propostas conjuntas de cuidado e realização de Fóruns da Pessoa Idosa.

6.7 ATENÇÃO NUTRICIONAL ÀS PESSOAS IDOSAS NA REGIÃO CENTRO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

6.7.1 A percepção dos profissionais da AB sobre o cuidado nutricional dos idosos

Em relação aos cuidados nutricionais dos idosos na Atenção Básica na região Centro de São Paulo, boa parte dos profissionais de saúde participantes compreendeu que o cuidado é usualmente relacionado às condições crônicas de saúde, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM).

O enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) é importante e requer cuidados especiais pela AB, pois, no Brasil, as principais causas de morte da população são atribuídas a estas doenças ou suas complicações. O Ministério da Saúde possui uma série de manuais e documentos para instrumentalizar as equipes da AB, que tratam especificamente das DCNT, os Cadernos de Atenção Básica 35, 36, 37 e 38, que abordam estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, DM, HAS e obesidade¹⁵⁷⁻¹⁶⁰.

Os profissionais participantes da pesquisa referiram realizar rotineiramente ações voltadas à promoção da saúde e prevenção de agravos associados a estas doenças, como os grupos denominados de “HiperDia”. As ações praticadas orientam-se por diretrizes para a organização do trabalho determinadas pela Secretaria Municipal de Saúde. Existem metas de atendimento clínico para usuários com estas condições de saúde, como número de consultas médicas e de enfermagem, e também é preconizada a realização de ações como busca ativa para identificação de casos novos, com orientações sobre mudança no estilo de vida (MEV), visando promoção da saúde e prevenção de agravos associados a estas doenças. Estas ações são coordenadas pelas Equipe de Saúde da Família e NASF^{161,162}.

Os nutricionistas participantes das entrevistas também destacaram que boa parte de sua demanda de trabalho é compreendida pela assistência aos portadores destas doenças crônicas, corroborando a importância do cuidado nutricional a estes indivíduos. A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus estão diretamente

associados ao estilo de vida, e é necessário realizar orientações nutricionais adequadas para o enfrentamento a estas doenças, conforme informado pelos participantes como uma possibilidade de cuidado nutricional realizada nas UBS aos idosos. Embora orientações gerais sobre alimentação adequada e saudável possam ser realizadas por todos os profissionais de saúde, os participantes destacaram a importância da atuação dos nutricionistas no enfrentamento a estas condições crônicas.

6.7.2 Avaliação, acompanhamento e orientações sobre estilo de vida

O acompanhamento longitudinal das pessoas idosas foi considerado como uma das possibilidades de enfrentamento à perda de peso não intencional. Os profissionais observaram a importância de avaliar longitudinalmente o peso, o Índice de Massa Corporal, bem como realizar propostas para melhora do consumo alimentar. Também compreenderam que essas orientações podem ser realizadas na perspectiva da interprofissionalidade, considerando os diferentes membros da equipe de saúde.

O nutricionista foi considerado como fundamental para o cuidado a esta condição de saúde, e observa-se que os profissionais referiram a importância do apoio dos nutricionistas em grupos e atendimento individual. Estudos realizados em outros países apresentam achados semelhantes. Na Inglaterra e Irlanda, os profissionais da AB reconheceram a necessidade de encaminhar os pacientes para intervenção com nutricionista após observar risco nutricional. Entretanto, na Irlanda, os profissionais referiram dificuldade em acessar nutricionistas, além de observarem maior presença de serviços para o tratamento da obesidade do que da desnutrição, e de campanhas com enfoque em doenças cardiovasculares e diabetes, que reproduzem orientações nutricionais restritivas, que diferem significativamente das orientações realizadas para indivíduos com perda de peso ou desnutrição^{56,57}. Profissionais de APS na Austrália também informaram dificuldade em encaminhar idosos com desnutrição para nutricionistas devido à escassez desta categoria profissional no país⁶⁷. Diferentemente do cenário internacional identificado, os resultados desta pesquisa não incluem falas sobre dificuldade em acessar nutricionistas na Região Centro de São Paulo.

As nutricionistas participantes da pesquisa informaram percepções importantes quanto ao cuidado nutricional para população idosa, especialmente daqueles que apresentam perda de peso não intencional. Durante as entrevistas relataram que costumam assistir à população idosa em grupos, conforme mencionado, também, por profissionais de diferentes categorias, e que, a partir dos grupos, observam os casos que requerem atenção especial e realizam atendimentos individuais. Uma das entrevistadas destacou a importância da identificação da perda de peso não intencional antes que haja agravamento do quadro, e informou que poderia ser oferecido um cuidado melhor caso se tivesse ciência da situação previamente. Nessa mesma direção, nutricionistas holandeses referiram que eram acionados muito tardiamente, e, desta maneira, o sucesso da intervenção nutricional diminuía consideravelmente⁵⁸.

Em relação à intervenção, uma das nutricionistas destacou a importância de realizar orientações considerando as condições socioeconômicas e familiares dos usuários, com o objetivo de intervir, também, sobre os outros aspectos que possam interferir na alimentação dos idosos. Conforme a diretriz da Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral (BRASPEN) para terapia nutricional no envelhecimento, os idosos em risco nutricional ou desnutrição devem receber sua alimentação em ambiente confortável, agradável, limpo e, se necessário, adaptado, para garantir a ingestão adequada de alimentos¹⁶³. Essa recomendação é confirmada, também, pelo Ministério da Saúde por meio do “Guia Alimentar para a População Brasileira”, bem como pelo “Protocolo de Uso do Guia Alimentar Para a População Brasileira na orientação Alimentar da pessoa idosa”, que destacam que a alimentação está além da ingestão de nutrientes, abordam a maneira como os alimentos combinam entre si, as características do modo de comer e as dimensões culturais e sociais das práticas alimentares^{35,36}.

O Guia Alimentar discute, ainda, a importância de comer em companhia, acompanhado de amigos, familiares entre outros conhecidos^{35,36}. Os participantes desta pesquisa observaram que o isolamento social interfere no hábito alimentar das pessoas idosas, assim como identificado também na literatura internacional^{57,60,61}.

Alguns profissionais referiram observar que as pessoas idosas tendem a pular refeições e substituí-las pelo consumo de alimentos ultraprocessados, e essa prática pode interferir no seu aporte nutricional, situação a ser equacionada por

recomendação do Guia Alimentar, que informa que as refeições devem ser realizadas com regularidade e atenção, evitando beliscar nas horas vagas^{35,36}.

Ainda, o Guia Alimentar recomenda que as pessoas desenvolvam e compartilhem habilidades culinárias, alertando que o enfraquecimento destas habilidades favorece o consumo de alimentos ultraprocessados, que são desequilibrados nutricionalmente e seu consumo em excesso oferece riscos à saúde^{35,36}. Resultados da última Pesquisa de Orçamentos Familiares evidenciaram que é comum observar entre pessoas idosas no Brasil a troca de refeições principais baseadas em preparações culinárias (particularmente o jantar), por lanches compostos por pães, leite, bolachas/biscoitos e outros alimentos ultraprocessados como salsichas e presunto¹¹⁴. Neste sentido, pessoas idosas que vivenciam processos de viuvez, depressão e isolamento social tendem a apresentar prejuízo na aquisição e preparo de alimentos. Achados da literatura internacional evidenciam que homens viúvos, por exemplo, tendem a apresentar piora na alimentação devido à ausência de habilidades culinárias, uma vez que suas refeições eram preparadas pelas esposas^{60,61}.

A dificuldade em mastigação e deglutição também foi destacada pelos participantes da pesquisa como condição que pode interferir no hábito alimentar de idosos, podendo acarretar perda de peso não intencional. Para isso, o “Protocolo para Uso do Guia Alimentar na orientação de pessoas idosas” também traz orientações com relação à adequação de consistência dos alimentos devido alteração em dentição, além das orientações alimentares para familiares de usuários com alteração cognitiva³⁶.

Assim, comer em companhia, desenvolver e compartilhar habilidades culinárias e adaptar refeições às necessidades da pessoa idosa, são importantes ferramentas para enfrentamento da perda de peso não intencional, que constam nos documentos norteadores do Ministério da Saúde como o Guia Alimentar, e podem ser orientadas por profissionais de diferentes formações, além de nutricionistas^{35,36}.

6.7.3 Falta de conhecimento sobre instrumentos específicos de avaliação nutricional da pessoa idosa

Embora a avaliação antropométrica e orientação nutricional, realizadas por nutricionista ou equipe interprofissional, componham possibilidades de identificação e enfrentamento à perda de peso não desejada entre idosos, observa-se que ainda existem poucas publicações que norteiem o cuidado nutricional aos idosos na AB, e que provavelmente as existentes não sejam de conhecimento e uso rotineiro dos profissionais, conforme problematizado por uma das nutricionistas participantes em sua entrevista.

Em relação à avaliação antropométrica, o Índice de Massa Corporal (IMC) é um dos parâmetros de uso mais difundido entre os profissionais de saúde, inclusive como possibilidade de identificação da perda de peso entre a população idosa, conforme referido pelos participantes. Entretanto, uma das nutricionistas entrevistadas chama a atenção que o IMC, ainda que seja um dos poucos indicadores existentes, nem sempre representa um resultado fidedigno de avaliação de composição corporal. De fato, a BRASPEN recomenda o uso do IMC em acompanhamento longitudinal, somado a outros parâmetros antropométricos, como circunferências de braço (CB) e de panturrilha (CP), aferidas com fita métrica inelástica, e dobra cutânea tricipital (DCT), aferida com adipômetro e por profissional treinado¹⁶³. Entre as três medidas mencionadas, destaca-se o uso da circunferência de panturrilha, que é prática, de fácil aplicabilidade e boa preditora de performance física, sobrevida e risco de readmissão hospitalar¹⁶³. Outros documentos publicados para uso na AB também utilizam a circunferência de panturrilha, como a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa³⁴ que sugere, também, o uso do IMC; a publicação “Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais”, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)¹⁶⁴, que recomenda, além da CP, avaliação do IMC e o uso da Mini Avaliação Nutricional (MAN); além da própria AMPI-AB, que sugere também a avaliação de peso, altura e IMC. Além disso, no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) do Ministério da Saúde, é possível registrar dados de peso, altura, circunferência de cintura (que indica risco cardiovascular) e panturrilha¹⁶⁵.

Embora, conforme descrito, haja ferramentas que norteiem a avaliação antropométrica de idosos, que a circunferência de panturrilha seja um parâmetro de fácil aplicabilidade, e seu uso seja sugerido na AMPI-AB e solicitado pelo SISVAN, nenhum dos profissionais participantes da pesquisa, incluindo nutricionistas, mencionou seu conhecimento ou uso em sua rotina. Isso sugere que a CP ainda seja uma medida desconhecida pelos profissionais da AB e tampouco seja de fácil acesso. Apesar de o uso da CP não ter sido mencionado, outras propostas de simples aplicabilidade foram sugeridas, conforme discussão anterior, como o questionamento sobre a adequação das roupas do idoso, identificando se estão justas ou largas.

Estas observações reforçam a importância da Educação Permanente em Saúde para capacitar os profissionais da AB para que possam identificar, avaliar e tratar a perda de peso não intencional em idosos.

6.7.4 Suplementação nutricional

Uma das possibilidades de enfrentamento da perda de peso não intencional informada pelos participantes foi a prescrição de Suplementos Nutricionais Orais (SNO). Um dos enfermeiros referiu que costuma realizar a prescrição dos suplementos assim que detecta a perda de peso não planejada em seus pacientes. Entretanto, uma das nutricionistas, pondera que seria importante que houvesse algum fluxo de dispensação de SNO via Sistema Único de Saúde, considerando, especialmente, que alguns de seus pacientes apresentam condição socioeconômica que não permite a aquisição destes, pois possuem custo elevado.

Esta é uma discussão que demanda respostas por meio de políticas públicas, que ainda não contemplam a dispensação dos SNO a indivíduos com desnutrição ou risco nutricional. No Estado de São Paulo, as Farmácias de Alto Custo dispensam apenas dietas industrializadas para pacientes em uso de via alternativa para alimentação (sonda nasogástrica, sonda nasoenteral, gastrostomia e jejunostomia).

No âmbito hospitalar, o risco nutricional, que pode levar à desnutrição, são condições importantes que requerem atenção dos profissionais. O hospital, considerado como local de recuperação da saúde e de uso de tecnologias duras com característica primordialmente intervencionista, utiliza inúmeros procedimentos,

medicamentos e outras terapias, mas ainda não dá a devida importância à terapia nutricional e suas implicações para desfechos positivos ao paciente¹⁶³. Desta maneira, a Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral (BRASPEN)¹⁶³ criou a campanha “Diga Não à Desnutrição”, que tem como objetivo garantir a oferta de terapia nutricional oral (TNO) via SUS a todos os pacientes com prescrição de suplementos, nos diferentes níveis de atenção. A ideia é obter melhora nas respostas imunológicas e processo de cicatrização, reduzir complicações cirúrgicas e infecciosas, diminuir probabilidade de desenvolvimento de lesões por pressão, reduzir tempo de internação, diminuir o risco de reinternação e de mortalidade, diminuindo também, conseqüentemente, os custos hospitalares¹⁶⁵.

Estes fatos acima mencionados nos levam a reiterar a importância da atenção nutricional para manutenção da saúde dos indivíduos, considerando especialmente a prevenção e o enfrentamento à perda de peso não intencional em idosos. A Suplementação Nutricional Oral enquanto possibilidade de tratamento às pessoas idosas em risco nutricional, como as que apresentam perda de peso não intencional, pode garantir desfechos positivos e prevenir agravos à saúde¹⁶³. Em outros países, o uso dos suplementos é bastante difundido, porém os profissionais de APS apresentam ressalvas quanto a sua prescrição: na Irlanda, os profissionais não nutricionistas referiram que, embora a suplementação para idosos com desnutrição seja uma possibilidade de cuidado, consideravam importante primeiramente utilizar estratégias de manejo da alimentação antes da prescrição. Além disso, apresentaram receio em prescrever, modificar ou suspender seu uso, mantendo, desta maneira, prescrições de SNO apenas para pacientes que as obtiveram durante internação hospitalar. Na Inglaterra, os profissionais não nutricionistas da APS foram reticentes quanto à prescrição excessiva de SNO, pois estes geram custos ao sistema de saúde^{56,57}.

Estudo realizado com idosos acompanhados em ambulatório de geriatria na Cidade de São Paulo, submetidos a intervenção com SNO prescrito por nutricionista, revelou impacto positivo em estado nutricional, porém destaca-se como limitação deste trabalho uma amostra pequena (n=74). Houve dificuldade em localizar outros estudos que realizassem avaliação do uso de SNO na AB no Brasil, assim como observado pelas próprias autoras do estudo¹⁶⁶.

6.7.5 Possibilidades de enfrentamento à insegurança alimentar e à perda de peso não intencional

Alguns serviços que oferecem refeições foram destacados pelos participantes da pesquisa como possibilidade de enfrentamento à dificuldade em acessar, adquirir e preparar refeições, enquanto fatores que podem acarretar perda de peso não intencional em idosos.

6.7.5.1 Serviço de Alimentação Domiciliar à Pessoa Idosa (SADPI)

Destaca-se, inicialmente, a importância atribuída ao Serviço de Alimentação Domiciliar à Pessoa Idosa (SADPI), denominado pelos participantes como “Comida Sobre Rodas” ou “Alimentação Sobre Rodas”. O SADPI foi criado em 2004 a partir de parceria da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social do Município (SMADS) com a Organização Não-Governamental judaica “TenYad”, que realiza ações sociais na Região Centro de São Paulo. O Serviço entrega, de segunda a sexta-feira, refeições em domicílio para 180 idosos em situação de vulnerabilidade, isolamento social, com familiares, mas que permanecem sozinhos durante o dia, ou com patologias graves que geram dificuldade em locomoção e interferem no ato de adquirir e preparar refeições. O SADPI tem presença de nutricionista entre seus profissionais, que confecciona o cardápio e acompanha o processo desde a compra dos alimentos, até o preparo e montagem das marmitas para entrega¹⁶⁷. Outros países apresentam, também, programas de distribuição de refeições domiciliares a idosos, como os Estados Unidos, em que o programa alcança cerca de 800 mil idosos¹⁶⁸, além de Hong Kong¹⁶⁹; Austrália¹⁷⁰, Irlanda¹⁷¹, entre outros. Nestes países, observa-se que os serviços que distribuem refeições para idosos contribuem, também, para diminuição de sobrecarga de cuidadores¹⁷².

Os participantes fizeram menções sobre o impacto positivo do SADPI para a população idosa, pois o programa garante o acesso dos idosos vulneráveis a alimentação, e pode ser uma possibilidade de enfrentamento a insegurança alimentar, e a perda de peso não intencional. Entretanto, os profissionais de saúde

problematizaram questões como o funcionamento de segunda a sexta, que não garante a refeição aos finais de semana. Além disso, pontuaram também a ausência de singularidade nas refeições, que são preparadas e servidas de forma padronizada a todos, não considerando tamanho de porções ou possíveis patologias que requerem manejo dietético específico, como alteração de composição ou consistência.

Enquanto alguns profissionais reconhecem e consideram o SADPI como parceria para os cuidados aos idosos da Região Centro, uma participante informou que teve ciência do programa apenas no momento do grupo focal, e isso pode evidenciar a ausência de conhecimento dos diversos serviços da rede intersetorial pelos profissionais de saúde, que poderia ser solucionada com a realização de reuniões para aproximação dos serviços que as integram, bem como, também, pela Educação Permanente e Apoio Matricial ocorrido nas reuniões das equipes de saúde das UBS.

Por fim, embora seja um programa municipal fundamental para garantia do Direito à Alimentação aos idosos, só é existente no Centro da Cidade de São Paulo, e sua ampliação, conforme sugerido pelos participantes, poderia contribuir para o enfrentamento à perda de peso não intencional, bem como responder às questões que dificultam o acesso ao alimento para este público-alvo, que foi agravado especialmente neste momento de crise econômica e sanitária.

6.7.5.2 Serviço Social do Comércio (SESC)

O Serviço Social do Comércio (SESC) foi observado por alguns participantes como local que oferece refeições de qualidade a preço acessível, garantindo o acesso a alimentação e prevenindo ou combatendo a insegurança alimentar, bem como a perda de peso não intencional em idosos. Os profissionais informaram que no SESC há presença de nutricionistas, o que eles interpretaram como garantia de alimentação de qualidade. Além disso, os participantes consideraram o SESC como local que também promove atividades para socialização das pessoas idosas.

Na Região Centro existem algumas unidades do SESC que dispõem das “Comedorias”, que são os restaurantes do Serviço. A proposta das Comedorias é

oferecer aos seus frequentadores refeições de qualidade e seguras, a preços acessíveis, valorizando o uso de alimentos brasileiros¹⁷³. Além das Comedorias, o SESC possui outras ações de Segurança Alimentar e Nutricional, como o “Mesa Brasil”, que é uma rede nacional de bancos de alimentos que realiza distribuição de alimentos excedentes ou fora dos padrões de comercialização, mas que ainda podem ser consumidos¹⁷⁴. O “Mesa Brasil” não foi mencionado pelos participantes desta pesquisa, porém merece destaque pela sua importância no combate à fome e a insegurança alimentar no Brasil.

6.7.5.3 Restaurantes Populares “Bom Prato”

Os Restaurantes Populares Estaduais da rede “Bom Prato” podem responder, também, à problemática da insegurança alimentar, além de contribuírem para o enfrentamento da perda de peso não intencional em idosos. Embora seja um programa relativamente antigo, bastante conhecido e com algumas unidades na Região Centro de São Paulo, chama a atenção que tenha sido mencionado apenas por uma entrevistada.

Criado no ano de 2000 pelo Governo do Estado de São Paulo, o programa Bom Prato tem como objetivo “oferecer para a população de baixa renda refeições saudáveis e de alta qualidade a custo acessível, servindo diariamente mais de 93 mil refeições”¹⁷⁵. O Bom Prato oferece de segunda a sexta-feira café da manhã por R\$0,50 e almoço por R\$1,00, garantindo, desta maneira, alimentação a um preço acessível.

Em virtude da pandemia de COVID-19, como resposta ao aumento da Insegurança Alimentar no Brasil e no Estado de São Paulo, os restaurantes Bom Prato alteraram seu funcionamento, passando a oferecer jantar e refeições aos finais de semana e feriados¹⁷⁶, além de garantir gratuidade nas refeições a usuários em situação de rua¹⁷⁷.

6.8. CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE A DISCUSSÃO E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Pelos resultados apresentados e discutidos, considera-se que a presente pesquisa, conforme o previsto, possibilitou conhecer percepções, desafios e possibilidades de atuação da equipe interprofissional na AB sobre a perda de peso não intencional em idosos. No entanto, se admitem algumas limitações do estudo.

A inclusão apenas de profissionais de nível superior, excluindo, por exemplo, categorias como agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem, que atuam, também, junto à população idosa e; ausência de representantes de algumas categorias profissionais de nível superior em uma ou ambas as etapas da pesquisa é uma das limitações observadas neste estudo.

Embora tenha sido garantida a interprofissionalidade com a composição da amostra de diferentes profissões, destaca-se a presença de apenas um médico nas entrevistas. Os médicos, integrantes das Equipes de Saúde da Família, realizam atendimentos à população idosa e são fundamentais para contribuir na identificação e manejo de casos de perda de peso não intencional. As metas de produtividade atribuídas a estes profissionais podem explicar a dificuldade em retirar médicos de seus postos de trabalho para outras atividades, que incluem a participação em pesquisas.

Outra categoria fundamental para enfrentamento da questão central desta pesquisa e que não compuseram a amostra de participantes foi a de terapeutas ocupacionais. Por natureza de sua profissão, terapeutas ocupacionais poderiam contribuir com a discussão a respeito da funcionalidade e participação social de indivíduos idosos, enquanto fatores que influenciam claramente a alimentação dessa população.

Também cabe ressaltar a ausência de profissionais das categorias de Farmácia e Odontologia, que compõem as equipes de saúde das UBS. Estas duas profissões também poderiam enriquecer a discussão, pois atuam junto à população e podem contribuir no enfrentamento de situações de saúde que interferem no hábito alimentar de idosos, como a polifarmácia, o uso de medicamentos anorexígenos, e as condições bucais desta população.

Ainda, estiveram ausentes da pesquisa os integrantes das equipes de Consultórios na Rua, que atuam com população em extrema vulnerabilidade de todas as faixas etárias, incluindo idosos.

Acrescenta-se que só foi realizada uma das sessões do grupo focal, devido a um possível prejuízo na rotina de trabalho dos profissionais da AB, conforme informado pela Organização Social de Saúde responsável pela gestão dos serviços do território Centro e que, nessa sessão, houve participação de apenas uma das três nutricionistas entrevistadas. Esperava-se que uma maior participação desta categoria profissional poderia gerar em mais observações sobre cuidado nutricional prestado a idosos com perda de peso não intencional, bem como sugestões de possibilidades de cuidado a esta população.

7 CONCLUSÕES

Os resultados confirmam a importância da atenção interprofissional à população idosa, especialmente para o enfrentamento da perda de peso não intencional, condição de saúde que pode gerar prejuízos à funcionalidade e à qualidade de vida desta população.

Entretanto, os desfechos desta pesquisa indicam que, embora os profissionais de saúde da AB na Região Centro de São Paulo compreendam as possíveis causas deste problema e suas implicações à saúde da população idosa, ainda apresentam dificuldade em identificá-lo, assim como foi igualmente observado em pesquisas realizadas com profissionais da Atenção Primária à Saúde em outros países.

A Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI-AB), instrumental que avalia o grau de fragilidade destes indivíduos, foi frequentemente mencionada e amplamente discutida pelos participantes, o que evidencia que ela faz parte da rotina de trabalho dos profissionais da AB, propiciando avaliação detalhada de saúde e amparando discussão e elaboração de Projeto Terapêutico Singular para o cuidado de idosos, incluindo aqueles com perda de peso não intencional.

O caráter qualitativo desta pesquisa permitiu que a discussão a respeito dos desafios para o cuidado à população idosa fosse minuciosa, além de garantir espaço de fala para trabalhadores da saúde da AB. A vulnerabilidade social foi amplamente debatida pelos participantes, que reconheceram suas implicações para saúde da população idosa. Destaca-se, entre essas implicações a existência de Insegurança Alimentar na região Centro de São Paulo. Importante ressaltar que a coleta de dados ocorreu em 2019, antes da pandemia de COVID-19, portanto a gravidade da Insegurança Alimentar entre idosos se agravou, conforme demonstrado em estudos recentes.

Igualmente complexa e delicada é a discussão a respeito dos desafios associados ao processo de trabalho que podem interferir no cuidado às pessoas idosas, incluindo aquelas com perda de peso não intencional. Saliencia-se que os profissionais mencionaram esses desafios nas entrevistas, mas foi na sessão do grupo focal onde estes desafios foram abordados de forma bastante consistente. Os

profissionais reconheceram entre si tais desafios e puderam compartilhar angústias neste espaço.

Possibilidades de cuidado às pessoas idosas foram também identificadas pelos participantes e incluíram desde seus próprios dispositivos de trabalho, como os atendimentos individuais, visitas domiciliares, abordagens grupais, até a atenção na lógica da interprofissionalidade e da prática colaborativa. A Atenção Nutricional, conduzida pelos nutricionistas e compartilhada entre profissionais da AB, configura-se como possibilidade de cuidado aos idosos que apresentam perda de peso não intencional, sendo afirmada pelos participantes. Acrescenta-se que a circunferência de panturrilha, embora não tenha sido mencionada pelos participantes da pesquisa, é sugerida em documentos e manuais do Ministério da Saúde e da Prefeitura de São Paulo, incluindo a AMPI-AB, como uma boa medida para rastreamento de perda de peso em idosos. Ainda, o “Guia Alimentar para a População Brasileira” e seu “Protocolo para Orientação Alimentar de Pessoas Idosas” devem apoiar as orientações nutricionais realizadas a este público-alvo.

A Educação em Saúde foi igualmente considerada pelos participantes como possibilidade para enfrentamento da perda de peso não intencional em idosos, além do trabalho articulado entre a RASPI e a Rede Intersetorial de serviços que amparam pessoas idosas no município, com destaque para os serviços da Assistência Social. Considerando a abrangência de resultados alcançados, a oportunidade que a pesquisa conferiu aos participantes para nomear e refletir acerca dos diversos desafios e possibilidades de enfrentamento da perda de peso não intencional em idosos, além do reconhecimento dos mesmos sobre a relevância da Educação Permanente como estratégia de ação, propõe-se como produto dessa dissertação, um programa de Educação Permanente amparado por manual que valorize e sistematize informações levantadas ao longo de todo o processo de pesquisa - tanto teóricas quanto empíricas - com propósito de amparar atenção às pessoas idosas com perda de peso não intencional na AB (Apêndice D).

Como limitação do estudo destaca-se a ausência de algumas categorias profissionais, como terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, dentistas, agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem e integrantes dos Consultórios na Rua, que certamente fariam contribuições a partir de suas experiências profissionais específicas, enriquecendo a discussão.

REFERÊNCIAS¹

1. Alves LC, Duarte YAO, Lebrão ML. Perfis de fragilidade dos idosos paulistanos no ano de 2006: evidências do estudo SABE. In: Anais do XIX Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP – “População, Governança e Bem-Estar”. São Pedro: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2014. p: 1-19.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da população: Brasil e unidades da federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021. [citado 07 jan 2022]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao//>.
4. Tramuja Vasconcellos Neumann L, Albert SM. Aging in Brazil. *Gerontologist*. 2018 Jul 13;58(4):611-17. doi: 10.1093/geront/gny019.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº19).
6. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011 Jun 4;377(9781):1949-61. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9.
7. Veras RP, Oliveira MR. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(6):887-905. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160205>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2020. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 Estados brasileiros e Distrito Federal em 2020. Brasília, DF; 2021.

¹ De acordo com estilo Vancouver.

9. Villareal DT, Apovian CM, Kushner RF, Klein S; American Society for Nutrition; NAASO, The Obesity Society. Obesity in older adults: technical review and position statement of the American Society for Nutrition and NAASO, The Obesity Society. *Am J Clin Nutr.* 2005 Nov;82(5):923-34. doi: 10.1093/ajcn/82.5.923.
10. Chapman IM. Weight loss in older persons. *Med Clin North Am.* 2011 May;95(3):579-93, xi. doi: 10.1016/j.mcna.2011.02.004.
11. Pereira IF, Spyrides MH, Andrade LM. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. *Cad Saúde Pública.* 2016 Jun 3;32(5):S0102-311X2016000500709. doi: 10.1590/0102-311X00178814.
12. Assumpção D, Borim FSA, Francisco PMSB, Neri AL. Fatores associados ao baixo peso em idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2018 Apr;23(4):1143-50. doi: 10.1590/1413-81232018234.17422016.
13. Mir F, Zafar F, Morley JE. Anorexia of aging: can we decrease protein energy undernutrition in the nursing home? *J Am Med Dir Assoc.* 2013 Feb;14(2):77-9. doi: 10.1016/j.jamda.2012.11.009.
14. Morley JE. Protein-energy malnutrition in older subjects. *Proc Nutr Soc.* 1998 Nov;57(4):587-92. doi: 10.1079/pns19980085.
15. Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T. GLIM Core Leadership Committee; GLIM Working Group. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr.* 2019 Feb;38(1):1-9. doi: 10.1016/j.clnu.2018.08.002.
16. de Boer A, Ter Horst GJ, Lorist MM. Physiological and psychosocial age-related changes associated with reduced food intake in older persons. *Ageing Res Rev.* 2013 Jan;12(1):316-28. doi: 10.1016/j.arr.2012.08.002.
17. Landi F, Calvani R, Tosato M, Martone AM, Ortolani E, Saveria G, et al. Anorexia of aging: Risk factors, consequences, and potential treatments. *Nutrients.* 2016 Jan 27;8(2):69. doi: 10.3390/nu8020069.
18. Roberts SB. A review of age-related changes in energy regulation and suggested mechanisms. *Mech Ageing Dev.* 2000 Jul 31;116(2-3):157-67. doi: 10.1016/s0047-6374(00)00126-3.
19. Ahmed T, Haboubi N. Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health. *Clin Interv Aging.* 2010 Aug 9;5:207-16. doi: 10.2147/cia.s9664.

20. Harrington M, Gibson S, Cottrell RC. A review and meta-analysis of the effect of weight loss on all-cause mortality risk. *Nutr Res Rev.* 2009 Jun;22(1):93-108. doi: 10.1017/S0954422409990035.
21. Diz JB, Leopoldino AA, Moreira BS, Henschke N, Dias RC, Pereira LS, Oliveira VC. Prevalence of sarcopenia in older Brazilians: A systematic review and meta-analysis. *Geriatr Gerontol Int.* 2017 Jan;17(1):5-16. doi: 10.1111/ggi.12720.
22. Janssen I, Shepard DS, Katzmarzyk PT, Roubenoff R. The healthcare costs of sarcopenia in the United States. *J Am Geriatr Soc.* 2004 Jan;52(1):80-5. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52014.x.
23. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F. et al. European Working Group on Sarcopenia in Older People. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing.* 2010 Jul;39(4):412-23. doi: 10.1093/ageing/afq034.
24. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001 Mar;56(3):M146-56. doi: 10.1093/gerona/56.3.m146.
25. Sousa AC, Dias RC, Maciel AC, Guerra RO. Frailty syndrome and associated factors in community-dwelling elderly in Northeast Brazil. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012 Mar-Apr;54(2):e95-e101. doi: 10.1016/j.archger.2011.08.010.
26. Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, Eulálio Mdo C, Cabral BE, Siqueira ME, et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cad Saúde Pública.* 2013 Apr;29(4):778-92. doi: 10.1590/S0102-311X2013000400015.
27. Muscaritoli M, Anker SD, Argilés J, Aversa Z, Bauer JM, Biolo G, et al. Consensus definition of sarcopenia, cachexia and pre-cachexia: joint document elaborated by Special Interest Groups (SIG) "cachexia-anorexia in chronic wasting diseases" and "nutrition in geriatrics". *Clin Nutr.* 2010 Apr;29(2):154-9. doi: 10.1016/j.clnu.2009.12.004.
28. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF; 1990. [citado 06 jan 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 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). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (2017 set 2017). [citado 23 fev 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
30. 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. 2009 Jun;25(6):1337-49. doi: 10.1590/s0102-311x2009000600016.
31. Macinko J, de Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. Am J Public Health. 2011 Oct;101(10):1963-70. doi: 10.2105/AJPH.2010.198887.
32. Silva AMM, Mambrini JVM, Peixoto SV, Malta DC, Lima-Costa MF. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. Rev Saúde Pública. 2017;51 Supl 1:5s.doi.10.1590/S1518-8787.2017051000243.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI. Brasília, DF; 2006. [citado 23 fev 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Caderneta de saúde da pessoa idosa. 3ª ed. Brasília, DF; 2014.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira. 2ª ed. Brasília, DF; 2014.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Universidade de São Paulo. Fascículo 2: protocolos de uso do guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da população idosa. Brasília, DF; 2021. [citado 06 jan 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo2.pdf.
37. Menezes ELC, Scherer MDA, Ramos FRS. Influência do trabalho multiprofissional na produção do cuidado e acesso na atenção primária à saúde. Rev CEFAC. 2018;20(3):342-52.doi 10.1590/1982-0216201820319017.

38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, DF; 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica nº 27).
39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília, DF; 2014. Vol. 1. (Cadernos de Atenção Básica, nº 39).
40. Peduzzi M, Norman IJ, Germani AC, da Silva JA, de Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. Rev Esc Enferm USP. 2013 Aug;47(4):977-83. doi: 10.1590/S0080-623420130000400029.
41. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO; 2010.
42. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na estratégia saúde da família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. Ciênc Saúde Coletiva. 2015;20(8):2511-21. doi: 10.1590/1413-81232015208.11652014.
43. Ribeiro EM, Pires D, Blank VL. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública. 2004 Mar-Apr;20(2):438-46. doi: 10.1590/s0102-311x2004000200011.
44. Waldvogel BC, Ferreira CEC, Yazaki LM, Perillo S, Aranha V. Projeções demográficas para os distritos do Município de São Paulo. XIX Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em São Pedro; 24-28 nov. 2014. São Paulo: Fundação Seade; 2014.
45. Prefeitura da Cidade de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (Versão Resumida). [citado 13 mar 2022]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DIRETRIZES_RASPI_2021.pdf.
46. Prefeitura do Município de São Paulo. Programa de Metas da Cidade de São Paulo 2017- 2020. São Paulo; 2017.
47. Paschoal SMP, Manesco SA, Marucci RMB, Ghilardi MRP, Mendes MST, Lima LJC, et al. Avaliação multidimensional da pessoa idosa na Atenção Básica – AMPI-AB. São Paulo; 2014. Relato de Experiência.

48. Prefeitura da Cidade de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Manual avaliação multidimensional da pessoa idosa na atenção básica. AMPI-AB. São Paulo; 2021. [citado 06 jan 2022]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/MANUAL_AMPI_AB_ATUALIZAO_2021.pdf.
49. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa – RASPI. São Paulo; 2016. [citado 20 out 2018]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/pessoa_idosa/index.php?p=5432.
50. Marcucci RMB, Vaccaro AM, Rayel AF, Pinto EA, Lopes HN, Neves CA, et al. Fortalecendo a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na Atenção Básica: a Avaliação Multidimensional (AMPI-AB) e a mudança de paradigma no atendimento ao idoso nas Unidades Básicas da Região Sul do Município de São Paulo. XXX Congresso de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo; 15 abr. 2016; São Paulo. [citado 06 jan 2022]. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/sms-sp/2016/sms-12781/sms-12781-9589.pdf>.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF; 2018. [citado 23 fev 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf.
52. Prefeitura do Município de São Paulo. Portaria Intersecretarial. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. Secretaria Municipal da Saúde. SMS Nº 1 de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre a Atuação em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), Centros de Acolhida Especiais para Idosos em situação de Rua (CAEI) e Centros Dia para Idosos, sob gestão municipal, com protocolo de atuação conjunta entre SMADS e SMS. São Paulo, 2018. [citado 04 jan 2022]. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-intersecretarial-secretaria-municipal-de-assistencia-e-desenvolvimento-social-smads-secretaria-municipal-da-saude-sms-1-de-31-de-outubro-de-2018>.
53. Prefeitura do Município de São Paulo. Resolução conjunta Secretaria Municipal da Saúde. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento social. SMADS Nº 1 de 9 de janeiro de 2020. Protocolo preliminar de atuação conjunta entre a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social – SMADS e a Secretaria Municipal de Saúde - SMS nos serviços socio sanitários. São Paulo; 2020. [citado 04 jan 2022]. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/resolucao-conjunta-secretaria-municipal-da-saude-sms-secretaria-municipal-de-assistencia-e-desenvolvimento-social-smads-1-de-9-de-janeiro-de-2020>.

54. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano. População Recenseada. Índice de Envelhecimento por sexo. São Paulo; 2022. [citado 13 mar 2022]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/urbanismo/infocidad e/htmls/7_Indice_de_envelhecimento_por_sexo_1991_541.html.
55. Prefeitura do Município de São Paulo. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Coordenadoria Regional de Saúde Centro. Estabelecimentos e serviços de saúde da rede municipal por Supervisão Técnica de Saúde e distrito administrativo. São Paulo; 2021. [citado 03 jan 2021]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ceinfo/mapoteca/outubro2021/Estab_Servi%C3%A7os_CENTRO_por_STS_Outubro_2021.pdf.
56. Castro PD, Reynolds CM, Kennelly S, Clyne B, Bury G, Hanlon D, et al. General practitioners' views on malnutrition management and oral nutritional supplementation prescription in the community: A qualitative study. *Clin Nutr ESPEN*. 2020 Apr;36:116-27. doi: 10.1016/j.clnesp.2020.01.006.
57. Avgerinou C, Bhanu C, Walters K, Croker H, Tuijt R, Rea J, et al. Supporting nutrition in frail older people: a qualitative study exploring views of primary care and community health professionals. *Br J Gen Pract*. 2020 Jan 30;70(691):e138-e45. doi: 10.3399/bjgp20X707861.
58. Ziylan C, Haveman-Nies A, van Dongen EJI, Kremer S, De Groot LCPGM. Dutch nutrition and care professionals' experiences with undernutrition awareness, monitoring, and treatment among community-dwelling older adults: a qualitative study. *BMC Nutr*. 2015;1:38 .doi: 10.1186/s40795-015-0034-6.
59. Harris PS, Payne L, Morrison L, Green SM, Ghio D, Hallett C, et al. Barriers and facilitators to screening and treating malnutrition in older adults living in the community: a mixed-methods synthesis. *BMC Fam Pract*. 2019 Jul 15;20(1):100. doi: 10.1186/s12875-019-0983-y.
60. Payne L, Harris P, Ghio D, Slodkowska-Barabasz J, Sutcliffe M, Kelly J, et al. Beliefs about inevitable decline among home-living older adults at risk of malnutrition: a qualitative study. *J Hum Nutr Diet*. 2020 Dec;33(6):841-51. doi: 10.1111/jhn.12807.
61. Avgerinou C, Bhanu C, Walters K, Croker H, Liljas A, Rea J, et al. Exploring the views and dietary practices of older people at risk of malnutrition and their carers: A qualitative study. *Nutrients*. 2019 Jun 5;11(6):1281. doi: 10.3390/nu11061281.
62. Hamirudin AH, Charlton K, Walton K, Bonney A, Albert G, Hodgkins A, et al. 'We are all time poor' -- is routine nutrition screening of older patients feasible? *Aust Fam Physician*. 2013 May;42(5):321-6.

63. Gaboreau Y, Imbert P, Jacquet JP, Marchand O, Couturier P, Gavazzi G. What are key factors influencing malnutrition screening in community-dwelling elderly populations by general practitioners? A large cross-sectional survey in two areas of France. *Eur J Clin Nutr.* 2013 Nov;67(11):1193-9. doi: 10.1038/ejcn.2013.161.
64. Rea J, Walters K, Avgerinou C. How effective is nutrition education aiming to prevent or treat malnutrition in community-dwelling older adults? A systematic review. *Eur Geriatr Med.* 2019 Jun;10(3):339-58. doi: 10.1007/s41999-019-00172-6.
65. Badia T, Formiga F, Ferrer A, Sanz H, Hurtos L, Pujol R. Multifactorial assessment and targeted intervention in nutritional status among the older adults: a randomized controlled trial: the Octabaix study. *BMC Geriatr.* 2015 Apr 11;15:45. doi: 10.1186/s12877-015-0033-0.
66. Rosa CB, Garces SBB, Hansen D, Brunelli ÂV, Bianchi P, Dall'Agnol CJ, et al. Malnutrition risk and hospitalization in elderly assisted in Primary Care. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2017;22(2):575-82. doi.org/10.1590/1413-81232017222.
67. Hamirudin AH, Charlton K, Walton K, Bonney A, Potter J, Milosavljevic M, et al. Feasibility of implementing routine nutritional screening for older adults in Australian general practices: a mixed-methods study. *BMC Fam Pract.* 2014 Nov 25;15:186. doi: 10.1186/s12875-014-0186-5.
68. Kennelly S, Kennedy NP, Corish CA, Flanagan-Rughoobur G, Glennon-Slattery C, et al. Sustained benefits of a community dietetics intervention designed to improve oral nutritional supplement prescribing practices *J Hum Nutr Diet.* 2011 Oct;24(5):496-504. doi: 10.1111/j.1365-277X.2011.01197.x.
69. Morgan DL, Spanish MT. Focus groups: A new tool for qualitative research. *Qual Sociol.* 1984;7:253-70. doi: 10.1007/BF00987314.
70. Pizzol SJS. Combinação de grupos focais e análise discriminante: um método para tipificação de sistemas de produção agropecuária. *Rev Econ Sociol Rural.* 2004;42(3):451-68. doi: 10.1590/S0103-20032004000300003.
71. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: Rev Saúde Coletiva.* 2009;19(3):777-96. doi: 10.1590/S0103-73312009000300013.
72. Bardin L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Almedina Brasil; 2016.
73. Ressel LB, Beck CLC, Gualda DMR, Hoffmann IC, Silva RM, Sehnem GD. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto Contexto Enferm.* 2008. 17(4):779-86. doi: 10.1590/S0104-07072008000400021.

74. Westphal MF, Bogus CM, Faria MD. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol Oficina Sanit Panamer*, 1996;120(6):472-82.
75. Barbour RS, Kitzinger J. *Developing focus group research: Politics, theory and practice*. Thousand Oaks: Sage; 1999. doi: 10.4135/9781849208857.
76. Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods*. 2ª ed. Thousand Oaks: Sage; 1990.
77. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: HUCITEC; 2014.
78. Zappellini MB, Feuerschütte SG. O uso da triangulação na pesquisa científica brasileira em administração. *Ensino Pesq*. 2015;16(2):241-73. doi: 10.13058/raep.2015.v16n2.238.
79. Cavalcante RB, Calixto P, Pinheiro MMK. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Inf.Soc: Est*. 2014;24(1):13-8.
80. Rizzatti IM, Mendonça AP, Mattos F, Rôças G, Silva MABV, Cavalcanti RJS, et al. Os produtos e processos educacionais dos programas de pós-graduação profissionais: proposições de um grupo de colaboradores. *Actio*, 2020;5(2):1-17. doi: 10.3895/actio.v5n2.12657.
81. Wemelinger M, Machado MH, Tavares MFL, Oliveira ES, Moysés NMM. A força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. *Divulg Saúde Debate*. 2010;45:54-70.
82. Marsiglia RMG. Perfil dos trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no município de São Paulo: região norte e central da cidade. *Saúde Soc*. 2011;20(4):900-11. doi: 10.1590/S0104-12902011000400008.
83. Brito GEG, Mendes ACG, Santos-Neto PM, Farias DN. Perfil dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família de uma capital do nordeste do Brasil. *Rev APS*. 2016 jul-set;19(3):434 - 45.
84. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(Supl. 2):1525-34. doi: 10.1590/1807-57622017.0827.
85. Santos KS, Ribeiro MC, Queiroga DEU, Silva IAP, Ferreira SMS. O uso de triangulação múltipla como estratégia de validação em um estudo qualitativo. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2020 Feb;25(2):655-64. doi: 10.1590/1413-81232020252.12302018.

86. Ribeiro MS, Borges MS, Araújo TCCF, Souza MCS. Estratégias de enfrentamento de idosos frente ao envelhecimento e à morte: revisão integrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(6):880-8. doi: 10.1590/1981-22562017020.170083.
87. Teixeira SMO, Marinho FXS, Cintra-Junior DF, Martins JCO. Reflexões acerca do estigma do envelhecer na contemporaneidade. *Estud Interdiscipl Envelhec.* 2015;20(2):503-15. doi: 10.22456/2316-2171.45346.
88. Saraiva MD, Venys AL, Abdalla FLP, Fernandes MS, Pisoli PH, Sousa DMRV et al. AMPI-AB validity and reliability: a multidimensional tool in resource-limited primary care settings. *BMC Geriatr.* 2020 Mar 30;20(1):124. doi: 10.1186/s12877-020-01508-9.
89. Agreli HLF. Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2017.
90. Peduzzi M. O SUS é interprofissional. *Interface.* 2016;20(56):199-201. doi: 10.1590/1807-57622015.0383.
91. Vendruscolo C, Metelski FK, Tesser CD, Trindade LL. Characteristics and performance of professionals of the Expanded Family Health and Basic Healthcare Centers. *Rev Esc Enferm USP.* 2020 Mar 27;54:e03554. doi: 10.1590/S1980-220X2018033003554.
92. Brasil. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União, Brasília* (2019 nov 13).
93. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. Brasília, DF; 2020. [citado 23fev 2022]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>.
94. Moreira WC, Damasceno CKCS, Vieira SKSF, Campêlo TPT, Campêlo DS, Alencar DC. Análise sobre as políticas públicas de enfrentamento a violência contra o idoso. *Rev Enferm UFPE.* 2016;10(4):1324-31. doi:10.5205/1981-8963-v10i4a11120p1324-1331-2016.
95. Minayo MCS. Violência contra idosos: o avesso de respeito à experiência e à sabedoria. Brasília, DF; Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2004.
96. Santos MAB, Moreira RS, Faccio PF, Gomes GC, Silva VL. Fatores associados à violência contra o idoso: uma revisão sistemática da literatura. *Ciêns Saúde Coletiva.* 2020 Jun;25(6):2153-75. doi: 10.1590/1413-81232020256.25112018.

97. Governo do Estado de São Paulo [homepage na internet]. São Paulo; 2020 [citado 29 maio 2022]. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/fapesp-estudo-aponta-vulnerabilidades-dos-idosos-que-residem-na-cidade-de-sp/>
98. Camargos MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. *Rev Bras Estud Popul*. 2011;28(1):217-30.doi: 10.1590/S0102-30982011000100012.
99. Almeida PKP, Sena RMC, Pessoa-Junior RMC, Dantas JLL, Trigueiro JG, Nascimento EGC. Vivências de pessoas idosas que moram sozinhas: arranjos, escolhas e desafios. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2020;23(5):e200225. doi: 10.1590/1981-22562020023.200225.
100. Silva-Junior MD. Vulnerabilidades da população idosa durante a pandemia pelo novo coronavírus. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2020;23(3):e200319.doi: 10.1590/1981-22562020023.200319.
101. Romero DE, Muzy J, Damascena GN, Souza NA, Almeida WS, Szwarcwald CL, et al. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. *Cad Saúde Pública*. 2021 Mar 31;37(3):e00216620. doi: 10.1590/0102-311X00216620.
102. BBC Brasil. [homepage na internet]. São Paulo; 2018. [citado 29 mai 2022]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-43967305>.
103. Tatagiba L, Paterniani SZ, Trindade TA. Ocupar, reivindicar, participar: sobre o repertório de ação do movimento de moradia de São Paulo. *Opin Pública*. 2012;18(2):399-426.doi: 10.1590/S0104-62762012000200007.
104. Gomes LAO. Luta por moradia e contra a precarização da vida: conversa com o MTST. *Rev Trab Necessário*. 2019;17(34), 215-28.doi: 10.22409/tn.17i34.p38052.
105. Costa DCB. Gestão pós-ocupação em edifícios reabilitados para habitação de interesse social no Centro de São Paulo [dissertação]. São Paulo, Universidade de São Paulo, Escola Politécnica; 2009.
106. Smith L, Jacob L, Barnett Y, Butler LT, Shin JI, López-Sanchez GE et al. Association between food insecurity and sarcopenia among adults aged ≥65 years in low- and middle-income countries. *Nutrients*. 2021 May 31;13(6):1879. doi: 10.3390/nu13061879.

107. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de alimentação e nutrição. Brasília, DF; 2013. [citado 23 fev 2022]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf.
108. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA: análise psicométrica de uma dimensão da segurança alimentar e nutricional. Brasília, DF; 2014. [Estudo Técnico nº 01/2014].
109. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). II Conferência Nacional de Segurança Alimentar. Relatório Final. Brasília, DF: CONSEA; 2004.
110. Brasil. Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (2006 set 15).
111. Brasil. Decreto no 7272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN – com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (2010 ago 25).
112. Food and Agriculture Organization of the United Nations. The state of food insecurity in the world. Strengthening the enabling environment for food security and nutrition. Rome; 2014. [citado 13 mar 2022]. Disponível em: <https://www.fao.org/3/i4030e/i4030e.pdf>.
113. Sousa LRM, Segall-Corrêa AM, Ville AS, Melgar-Quiñonez H. Food security status in times of financial and political crisis in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2019 Jul 29;35(7):e00084118. doi: 10.1590/0102-311X00084118.
114. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018. Análise da segurança alimentar no Brasil. Rio de Janeiro; 2020. [citado 13 mar 2022]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101749.pdf>.
115. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. Insegurança alimentar e Covid-19 no Brasil. Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. 2021. [citado]. Disponível em: <https://pesquisassan.net.br/olheparaafome/>.
116. Castro IRR. A extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e a agenda de alimentação e nutrição. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(2):e00009919. doi: 10.1590/0102-311X00009919.

117. Food And Agriculture Organization of the United Nations. The state of food security and nutrition in the world. Rome: FAO; 2021. ecurity, improved nutrition and affordable healthy diets for all. Rome: FAO; 2021. doi: <https://doi.org/10.4060/cb4474en>.
118. Observatório Brasileiro de Hábitos Alimentares. [homepage na internet]. Rio de Janeiro, 2021 [citado 29 maio 2022]. Disponível em: <https://obha.fiocruz.br/?p=602>.
119. Brasil. Ministério da Cidadania. Auxílio Brasil. Brasília, DF; 2022. [homepage na internet]. [citado 29 maio 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/auxilio-brasil>.
120. Junges JR, Selli N, Soares NA, Fernandes RBP, Schreck M. Processo de Trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(4):937-44. doi: 10.1590/S0080-62342009000400028.
121. Paranhos DGAM, Albuquerque A. A autonomia do paciente idoso no contexto dos cuidados em saúde e seu aspecto relacional. Rev Dir Sanit. 2018;19(1):32-49. doi: 10.11606/issn.2316-9044.v19i1p32-49.
122. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização – PNH. Brasília, DF; 2013. Folheto. [citado 13 fev 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf.
123. Mazza DAA, Carvalho BG, Carvalho MN, Mendonça FF. Aspectos macro e micropolíticos na organização do trabalho no NASF: o que a produção científica revela? Physis. 2020;30(4):e300405. doi: 10.1590/S0103-73312020300405.
124. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde. Saúde da família. Brasília, DF; 2008. 2ª ed. (Série A. Normas e manuais técnicos).
125. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, DF; 2002. [citado 15 mar 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html.

126. Pedrosa ICF, Corrêa ACP, Mandú ENT. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. *Ciênc Cuid Saude*. 2011;10(1):058-065. doi: 10.4025/cienc cuidsaude.v10i1.13288.
127. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009 out;14 Suppl 1:1523-31. doi: 10.1590/s1413-81232009000800026.
128. Reis CMM. As concepções dos trabalhadores em saúde sobre as metas de produtividade no âmbito da Estratégia de Saúde da Família [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2018.
129. Brasil. Lei Nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília, DF; 1998. [citado 15 mar 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9637.htm.
130. Chioro dos Reis AA. Entre a intenção e o ato: uma análise da política de contratualização dos hospitais de ensino (2004-2010) [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2011.
131. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Contrato de Gestão R023/2016 – SMS/NTCSS. Unidades e Serviços da rede Assistencial da Supervisão Sé – Centro. São Paulo; 2016. [citado 07 out 2021]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/CG_R023-2016.pdf.
132. Kanno NP, Bellodi PL, Tess BH. Profissionais da estratégia saúde da família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. *Saúde Soc*. 2012;21(4):884-94. doi: 10.1590/S0104-12902012000400008.
133. Brand CI, Antunes RM, Fontana RT. Satisfações e insatisfações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Cogitare Enferm*. 2010;15(1):40-7.
134. Ribeiro SFR, Martins STF. Sofrimento psíquico do trabalhador da Saúde da Família na organização do trabalho. *Psicol Estud*. 2011;16(2) 241-50.
135. Bracarense CF, Costa NS, Duarte JMG, Ferreira MBG, Simões ALA. Qualidade de vida no trabalho: discurso dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2015;19(4):542-48. doi: 10.5935/1414-8145.20150072.

136. Garcia GPA, Marziale MHP. Indicadores de esgotamento profissional em trabalhadores da Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(Suppl 5):2334-42.
137. Frota SCM, Nogueira LT, Cavalcante ALP, Ibiapina NMS, Silva AD. Burnout syndrome in primary health care professionals: a cross-sectional study. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014 Dec;19(12):4739-50. doi: 10.1590/1413-812320141912.03202013.
138. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 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). Brasília, DF; 2010. [citado 13 fev 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.htm.
139. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 1999;4(2):393-403. doi: 10.1590/S1413-81231999000200013.
140. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa. Caderno de educação popular em saúde. Brasília, DF; 2014. [citado 13 fev 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf.
141. Ferrugem RD, Pekelman R, Silveira LR. Atividades educativas no serviço de Atenção Primária à Saúde: a educação popular em saúde orienta os princípios dessas práticas? *Rev APS.* 2015;18(4):409-23.
142. Rego LS, Figueiredo GO, Romano VF, Baião MR. As atividades de grupo na perspectiva dos sujeitos em uma Clínica da Família. *Physis.* 2019;29(3):e290316. doi: 10.1590/S0103-73312019290316.
143. Moreira DC, Bispo-Junior JP, Nery AA, Cardoso JP. Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. *Cad Saúde Pública.* 2020;36:e00031420. *Cad Saúde Pública.* 2021 Feb 10;37(2):ER031420. doi: 10.1590/0102-311XER031420.
144. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção domiciliar na atenção primária à saúde. Brasília, DF; 2020. [citado 23 jan 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf.

145. Albuquerque AB, Bosi ML. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009 May;25(5):1103-12. doi: 10.1590/s0102-311x2009000500017.
146. Cunha MS, Sá MC. Home visits within the Family Health Strategy (Estratégia de Saúde da Família - ESF): the challenges of moving into the territory. *Interface - Comunic Saúde Educ*. 2013;17(44):61-73. doi: 10.1590/S1414-32832013000100006.
147. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático de matriciamento em saúde mental Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011. [citado 02 abr 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf.
148. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília, DF; 2018. [citado 16 fev 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permamente_saude_fortalecimento.pdf.
149. Prefeitura do Município de São Paulo. Portaria nº 202/2019-SMS.G. Dispõe sobre a Política Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa no Município de São Paulo, com ênfase na promoção da independência e da autonomia. *Diário Oficial da Cidade de São Paulo*, São Paulo (2019 set 26). p. 30.
150. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. Documento norteador Unidade de Referência à Saúde do Idoso – URSI. São Paulo; 2016. [citado 03 mar 2022]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DOCUMENTONORTEADOR%20URSI%20versao%20final09012017.pdf>.
151. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria da Saúde. [homepage na internet]. São Paulo; 2016 [citado 29 maio 2022]. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/ses/noticias/2016/junho/sp-ganha-primeiro-ame-exclusivo-para-idosos>.
152. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Melhor em casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Brasília, DF; 2012. (Caderno de atenção domiciliar; vol. 2). [citado 23 jan 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf.

153. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Documento norteador programa acompanhante de idosos. São Paulo; 2012. [citado 23 jan 2022]. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/pessoaidosa/DocumentoNorteador-PAI.pdf>.
154. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. Centro de referência de assistência social. [homepage na internet]. São Paulo, 2022 [citado 29 maio 2022]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/protacao_social_basica/index.php?p=1906.
155. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. Idosos. [homepage na internet]. São Paulo; 2020 [citado 29 maio 2022]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/rede_socioassistencial/idosos/index.php?p=3203.
156. Hospital Sirio-Libanês. [homepage na internet]. São Paulo; 2022 [citado 29 maio 2022]. Disponível em: <https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/quem-somos/compromisso-social/>.
157. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília, DF; 2014. (Cadernos de atenção básica; n. 35). [citado 15 fev 2022]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIxMg==>.
158. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília, DF; 2013. (Cadernos de atenção básica; n. 36). [citado 16 fev 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf.
159. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, DF; 2013. (Cadernos de atenção básica; n. 37). [citado 16 fev 2022]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIxNA==>.

160. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Brasília, DF; 2014. (Cadernos de atenção básica; n. 38). [citado 12 fev 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf.
161. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Cuidando de todos: doenças crônicas não transmissíveis na Atenção Primária à Saúde no MSP: protocolo clínico prático para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) da Atenção Primária à Saúde (APS): Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. São Paulo: Instituto Tellus, 2020.
162. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Cuidando de todos: doenças crônicas não transmissíveis na Atenção Primária à Saúde no MSP: protocolo de linha de cuidados das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na Atenção Primária à Saúde (APS) do Município de São Paulo (MSP). São Paulo: Instituto Tellus; 2020.
163. Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral. Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no envelhecimento. BRASPEN J [Internet]. 2019 [citado 17 fev 2022];34(Supl 3):2-58. Disponível em: https://www.braspen.org/_files/ugd/a8daef_13e9ef81b44e4f66be32ec79c4b0fbab.pdf.
164. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
165. Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral. [homepage na internet]. São Paulo; 2022. [citado 29 maio 2022]. Disponível em: <https://www.diganaoadesnutricao.org/braspenemacao>.
166. Borrega CCH, Cantaria JS. Efeito da utilização de complemento alimentar em idosos atendidos em um ambulatório na cidade de São Paulo. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2013;16(2):295-302. doi: 10.1590/S1809-98232013000200009.
167. Instituição Beneficente Israelita – Ten Yad. [homepage na internet]. São Paulo; 2022. [citado 29 maio 2022]. Disponível em: <https://tenyad.org.br/alimentacao-domiciliar-para-pessoa-idosa/>.
168. Thomas KS, Gadbolds EA, Sheld RR, Akobundu U, Morris AM, Dosa DM. “It’s not just a simple meal. it’s so much more”: interactions between meals on wheels clients and drivers. J Appl Gerontol. 2020 Feb;39(2):151-58. doi: 10.1177/0733464818820226.

169. Lin M, Chin KS, Fu C, Tsui KL. An effective greedy method for the Meals-On-Wheels service districting problem. *Comput Ind Eng.* 2017; 106:1-19. doi: 10.1016/j.cie.2017.01.022.
170. Oppenheimer M, Warburton J, Carey J. The next 'New' Idea: The challenges of organizational change, decline and renewal in Australian meals on wheels. *Voluntas.* 2015; 26:1550–69. doi:10.1007/s11266-014-9488-4.
171. National Meals on Wheels Network. [homepage na internet]. Westmeath; 2022 [citado 29 maio 2022]. Disponível em: <https://mealsonwheelsnetwork.ie/>.
172. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saúde Pública.* 2003 May-Jun;19(3):861-6. doi: 10.1590/s0102-311x2003000300019.
173. Serviço Social do Comércio. Administração Regional no Estado de São Paulo [homepage na internet]. São Paulo; 2022. [citado 29 maio 2022]. Disponível em: https://portal.sescsp.org.br/servicos/26_COMEDORIA#/content=41comedoria
174. Serviço Social do Comércio [homepage na internet]. São Paulo; 2022. [citado 29 maio 2022]. Disponível em: <https://www2.sesc.com.br/portal/site/mesabrasilsesc/Entenda/>
175. Governo do Estado de São Paulo. Desenvolvimento Social. [homepage na internet]. São Paulo; 2022. [citado 29 maio 2022]. Disponível em: <https://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/acoes-de-protecao-social/programa-bom-prato/>.
176. Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social. Resolução SEDS 27, de 27-7-2021. Estabelece a Operação Inverno nos Restaurantes Populares Bom Prato, com o fornecimento de sopas em complementação ao jantar. Disponível em: *Diário Oficial de São Paulo, São Paulo (2021 jul 7). Caderno Executivo.* [citado 16 fev 2022]. Disponível em: https://www.alertadiario.com.br/publication_pages/d4c57-diario-oficial-de-sao-paulo-caderno-executivo-2021-07-28-pg-7.
177. Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social. Resolução SEDS 26, de 27-7-2021. Estabelece a dispensa do pagamento das refeições nos Restaurantes Populares Bom Prato, aos usuários devidamente cadastrados pelos Municípios, como população em situação de rua não albergada e sem acesso à assistência alimentar, até 31-08-2021. *Diário Oficial de São Paulo, São Paulo (2021 jul 7). Caderno Executivo.* [citado 13 fev 2022]. Disponível em: https://www.alertadiario.com.br/publication_pages/d4c57-diario-oficial-de-sao-paulo-caderno-executivo-2021-07-28-pg-7.

APÊNDICE A - Roteiro semiestruturado para entrevista

1. Fale sobre o cuidado em saúde desenvolvido às pessoas idosas em sua unidade.
2. Fale sobre a participação dos profissionais de saúde nesse cuidado.
3. Fale sobre sua participação nesse cuidado.
4. Em relação às condições nutricionais dos idosos atendidos em sua unidade, discorra sobre o cuidado realizado.
5. Especificamente em relação à perda de peso não intencional nos idosos, fale sobre o cuidado realizado em sua unidade.
6. Fale sobre a participação dos profissionais de saúde nesse cuidado.
7. Fale sobre sua participação nesse cuidado.
8. Fale sobre os possíveis desafios para o cuidado em equipe interprofissional aos idosos com perda de peso não intencional.
9. Quais ações você identifica para enfrentamento de desafios referentes ao cuidado em equipe interprofissional aos idosos com perda de peso não intencional?
10. Gostaria de acrescentar alguma informação?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Nome: _____
 Documento de identidade nº: _____ sexo: M () F ()
 Data de nascimento: / / _____ Telefone: () _____
 Endereço: _____ Nº _____
 Complemento: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ CEP: _____

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. Título do protocolo de pesquisa:
“PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA ACERCA DA ATENÇÃO A IDOSOS COM PERDA DE PESO NÃO INTENCIONAL”

2. Pesquisadora Responsável:
Maria Helena Morgani de Almeida.

Professora Doutora do Departamento de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Terapeuta Ocupacional. CREFITO-3: 1627 TO.

Pesquisadora Executante:
Aline Nascimento Sardinha

Aluna do Programa de Mestrado Profissional Interunidades – Formação em Saúde da Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem e Faculdade de Saúde Pública da USP. Nutricionista. CRN-3: 39052.

3. Avaliação do Risco da Pesquisa:
 Risco mínimo (x) Risco Baixo () Risco médio () Risco Maior ()

4. Duração da Pesquisa: 01/07/19 a 30/06/20

O processo de envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, que demanda necessidade crescente de cuidados para a população idosa. A Atenção Básica (AB), representada pelos diferentes profissionais atuantes, deve estar atenta às diversas necessidades deste público alvo, como as questões nutricionais.

Através do estudo denominado “PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA ACERCA DA ATENÇÃO A IDOSOS COM PERDA DE PESO NÃO INTENCIONAL” objetiva-se conhecer a percepção de profissionais da AB acerca das alterações do estado nutricional em idosos, com enfoque na perda de peso não intencional, seus possíveis desfechos negativos, e quais as possibilidades de intervenção nesse nível de atenção à saúde a essa população.

Desta maneira, nós, Professora Doutora Maria Helena Morgani de Almeida, vinculada a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e Aline Nascimento Sardinha, nutricionista e aluna do Programa de Mestrado Profissional Interunidades (Faculdade de Odontologia, Faculdade de Saúde e Escola de Enfermagem da USP) – formação em Saúde, convidamos o(a) Sr(a) a participar voluntariamente desse estudo por ser profissional com ensino superior atuante na Atenção Básica e integrante de Unidade Básica de Saúde localizada na região Central do Município de São Paulo.

A pesquisa será realizada em duas etapas: a primeira constituída por entrevistas individuais com roteiro semi-estruturado, e a segunda pela participação em grupo focal.

Rubrica do Pesquisador responsável: _____
 Rubrica Participante: _____

Na primeira etapa, as entrevistas serão realizadas pela pesquisadora executante Aline Nascimento Sardinha no local de trabalho dos participantes voluntários, com perguntas relacionadas ao cuidado em saúde prestado aos indivíduos idosos na Atenção Básica, com enfoque na atenção nutricional. A entrevista será agendada em horário mais confortável para o (a) Sr.(a) de acordo com sua disponibilidade.

Na segunda etapa, o (a) Sr.(a) será convidado a participar de duas sessões de grupo focal, com previsão de duração de até 110 minutos (1 hora e 50 minutos) cada uma, realizadas em sala de reuniões localizada no Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS Henfil (Rua Líbero Badaró, 144) - Anhangabaú. Nesta etapa da pesquisa esperamos reunir os mesmos participantes das entrevistas para identificação de desafios e possibilidades no cuidado nutricional aos indivíduos idosos.

Para que não haja perda de informações, pretendemos registrar as falas das entrevistas e do grupo focal por meio de uso de gravador; posteriormente suas falas serão transcritas e analisadas. O (a) Sr. (a) poderá optar pela exclusão de alguma fala específica, caso não se sinta confortável com a mesma.

Assim, o (a) sr. (a) está sendo convidado a participar voluntariamente desta pesquisa, na qual garantimos sigilo e privacidade dos participantes quanto ao fornecimento das informações durante ambas as etapas. Além disso, a qualquer momento o (a) sr. (a) poderá se recusar a responder, retirar seu consentimento e deixar de participar da pesquisa, sendo que sua recusa não trará prejuízo de nenhum tipo. Não há previsão de recompensas para a participação nesse estudo. As despesas com transporte serão ressarcidas pela equipe da pesquisa diretamente aos participantes e quaisquer outras despesas adicionais serão absorvidas pelo orçamento da pesquisa. Após realização das sessões de grupo focal, será oferecido lanche aos participantes.

A participação nesta pesquisa, que implica concessão de uma entrevista e participação em duas sessões de grupo focal, prevê risco mínimo, visto que a mesma pode gerar desconforto ou constrangimento ao responder às perguntas da entrevista ou durante a discussão no grupo focal, que pode ser contornado mediante a garantia de sigilo por parte dos pesquisadores quanto às informações fornecidas e compartilhadas durante a pesquisa e, por meio de orientações prestadas pelos pesquisadores. Enfatizamos, novamente, que o (a) Sr (a) poderá recusar-se a responder a pesquisa ou retirar o seu consentimento a qualquer momento sem penalidades ou prejuízos.

Espera-se que a pesquisa gere informações sobre as possibilidades de atuação interprofissional relacionadas ao cuidado nutricional para os indivíduos idosos que apresentam perda de peso não intencional, tendo em vista fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa no município de São Paulo.

Pretendemos divulgar os resultados obtidos, após a conclusão da pesquisa, mantendo, sempre em sigilo, seu nome e sua instituição de origem. Esses resultados serão apresentados em reunião presencial para a Coordenadoria Regional de Saúde Centro da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo, em que serão convidados os profissionais participantes do estudo, gestores e outros profissionais interessados, de modo a publicizar as informações e permitir a reflexão conjunta, em busca de pactuações voltadas à qualificação do cuidado nutricional à população idosa que apresenta perda de peso não intencional na região. Os resultados da pesquisa também deverão ser divulgados em eventos e publicações científicas.

Em qualquer etapa da pesquisa, o(a) senhor(a) poderá acessar os profissionais responsáveis para esclarecimento sobre às informações referentes aos objetivos, procedimentos, resultados parciais, riscos e benefícios relacionados à pesquisa e, inclusive para solucionar eventuais dúvidas. A pesquisadora principal é Profª Drª Maria Helena Morgani de Almeida, e pode ser encontrada em Rua Cipotânea, 51. Cidade Universitária. Butantã. São Paulo – SP. CEP. 05360-000, de 2ª a 6ª feira, das 8h às 17 h. Tel: (11) 3091-7457 e e-mail: hmorgani@usp.br. A pesquisadora executante é Aline Nascimento Sardinha e pode ser localizada pelo telefone celular (11) 98920-5173, de 2ª a 6ª feira, das 8h às 17h. Email: aline.sardinha@usp.br

Se você possuir alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP):

Rubrica do Pesquisador responsável: _____

Rubrica Participante: _____

- **Faculdade de Medicina da USP (FMUSP):** Av. Dr. Arnaldo, 251 - 21º andar - sala 36. Cerqueira César - São Paulo – SP. CEP: 01246-000. 2ª a 6ª feira, das 10h às 17h. Fone/Fax: 55+11+3893-4401/4407. E-mail: cep.fm@usp.br.

- **Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP):** Rua General Jardim, 36 - Vila Buarque, São Paulo - SP, CEP: 01223-010. 8º andar. Fone: (11) 3397-2464. E-mail: smscep@gmail.com.

Após leitura e esclarecimentos, solicitamos que o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seja assinado pelo (a) Sr (a) em duas vias, de modo que uma fique com o (a) Sr. (a) e a outra via fique com a equipe de pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou que me foram lidas, descrevendo o estudo “Percepção de profissionais da Atenção Básica acerca da atenção a idosos com perda de peso não intencional”. Diante disso, concordo voluntariamente em participar deste estudo, havendo a possibilidade de retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos.

Assinatura do participante da pesquisa. Data / /

(Somente para os responsáveis pelo projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste indivíduo ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pela pesquisa. Data: / /

Pesquisadora responsável:

Profª Dra. Maria Helena Morgani de Almeida

Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP
Rua Cipotânea, 51. Cidade Universitária. Butantã. São Paulo – SP.
CEP 05360-000. Tel: (11)3091-7457 e-mail: hmorgani@usp.br

Assinatura do responsável pela pesquisa. Data: / /

Pesquisadora executante:

Aline Nascimento Sardinha

Mestrado Profissional Interunidades – Formação em Saúde da Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem e Faculdade de Saúde Pública da USP.
Tel: (011) 3091-7891/3091-7857/ (11) 98920-5173
Email: aline.sardinha@usp.br

APÊNDICE C - Questões norteadoras para o grupo focal

Proposta de questões norteadoras para as sessões do grupo focal:

1. Quais desafios para o cuidado interprofissional aos idosos com perda de peso não intencional?
2. Quais são as atuais ou possíveis formas de enfrentamento dos desafios identificados para cuidado interprofissional aos idosos com perda de peso não intencional?

APÊNDICE D - Produto Educacional - Manual para apoio a detecção e manejo da perda de peso não intencional em pessoas idosas

O “Manual para apoio a detecção e manejo da perda de peso não intencional em pessoas idosas”, apresentado a seguir, foi elaborado a partir dos resultados da pesquisa “Percepção de profissionais da Atenção Básica acerca da atenção a idosos com perda de peso não intencional”, e tem como objetivo amparar a detecção e manejo da perda de peso não intencional em pessoas idosas na Atenção Básica (AB) na Região Centro de São Paulo.

Para tanto, propõe-se que este manual seja utilizado pelos trabalhadores da AB ao realizar acompanhamento de saúde das pessoas idosas na Região Centro, seja em atendimentos na UBS ou em atenção domiciliar. Pode ser utilizado, também, em complemento à AMPI-AB, no caso de resposta afirmativa à pergunta 16 do questionário multidimensional: *Nos últimos 12 meses o(a) Sr.(a.) perdeu peso sem ter feito dieta ou mudado qualquer hábito de vida? (4,5 kg ou 5% de perda nos últimos 12 meses).*

Sugere-se que, junto à disponibilização do manual, seja realizada Educação Permanente (EP) com os trabalhadores de saúde da AB, com o objetivo de sensibilizá-los, capacitá-los e instrumentalizá-los sobre o tema. Espera-se que a EP seja um espaço de discussão coletivo, que possibilite reflexões e troca de conhecimentos entre os participantes sobre a temática: desde a identificação de pessoas idosas com perda de peso não intencional, a multicausalidade desta condição, bem como as maneiras de avaliação física e de consumo alimentar que apoiam a detecção e as orientações a serem realizadas. Destaca-se a importância do momento reflexivo e dialogado, considerando que a literatura nacional e internacional evidencia a dificuldade em detectar e manejar esta condição de saúde em pessoas idosas.

Sugere-se que a mediação da EP seja realizada por nutricionista, por abordar conteúdos que fazem parte do escopo de atuação deste profissional de saúde.

**MANUAL PARA APOIO À DETECÇÃO E MANEJO DA PERDA DE
PESO NÃO INTENCIONAL EM IDOSOS POR PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO BÁSICA DA REGIÃO CENTRO DE SÃO PAULO**

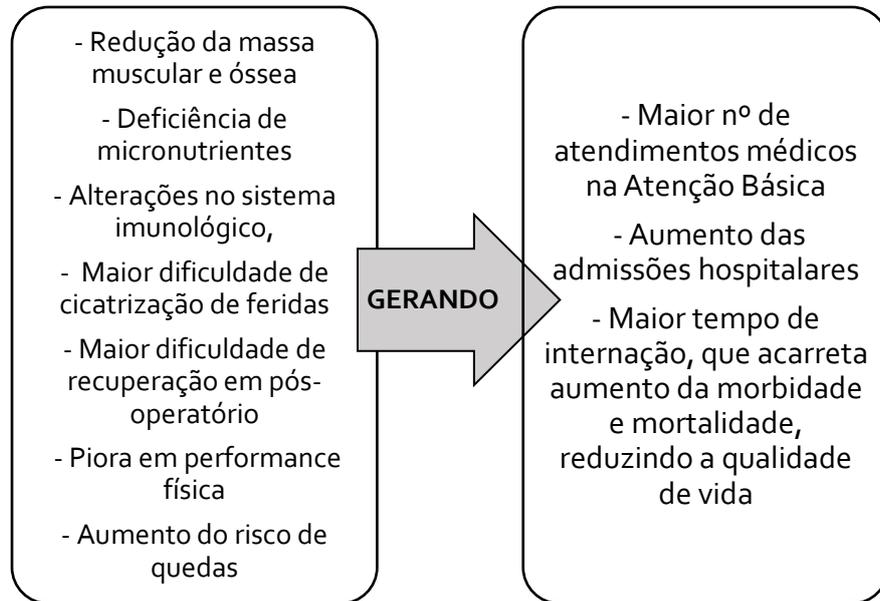
O QUE É?

A perda de peso não intencional, que é aquela não planejada, é um **processo de redução no apetite**, que acarreta diminuição do consumo alimentar e conseqüentemente diminuição da ingestão calórica, podendo ocasionar desnutrição e outros desfechos negativos à saúde.

POR QUE PODE ACONTECER?

Aspectos Fisiológicos	Aspectos Psicossociais	Iatrogenias
<ul style="list-style-type: none"> • ↓ olfato • Alteração da fome e saciedade • Alterações da motilidade do Trato Gastrointestinal • Dificuldade de mastigação 	<ul style="list-style-type: none"> • Depressão • Isolamento social • Declínio cognitivo <ul style="list-style-type: none"> • Viuvez • Dificuldade financeira • Insegurança alimentar <ul style="list-style-type: none"> • Pouco desenvolvimento de habilidades culinárias • Entre outros 	<ul style="list-style-type: none"> • Prescrição de dietas restritivas para perda de peso e controle de doenças crônicas <ul style="list-style-type: none"> • Uso de fármacos anorexígenos • Polifarmácia

QUAIS AS CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE?



COMO IDENTIFICAR?

1. Perguntar:

- Nos últimos 12 meses houve perda de peso sem ter feito dieta ou mudado qualquer hábito de vida? (4,5 kg ou 5% de perda nos últimos 12 meses). Se o paciente não souber informar, perguntar: O Sr.(a) percebe se houve alguma mudança em relação às suas roupas? Elas estão mais largas?
- Nos últimos 3 meses houve diminuição do consumo alimentar devido perda de apetite, por problemas digestivos ou dificuldade em mastigar e/ou deglutir?

2. Avaliar:

- Circunferência de panturrilha (aferir na perna esquerda utilizando fita inelástica. A panturrilha deve estar sem edema, o pé totalmente apoiado no chão, formando ângulo de 90° na articulação do Joelho):

CP	Classificação
≥31 cm	sem risco nutricional
< 31cm	perda de musculatura (risco para sarcopenia, maior risco de quedas, diminuição da força muscular e risco de dependência funcional)

- Índice de Massa Corporal, se possível: $IMC = \text{Peso}/\text{altura}^2$.

IMC	Classificação
$< 22\text{kg/m}^2$	Baixo peso
≥ 22 e $\leq 27\text{kg/m}^2$	Peso adequado
$\geq 27\text{kg/m}^2$	Excesso de peso

- Observar sinais físicos de desnutrição, como cor e hidratação da pele e depleção de musculatura facial (têmporas, exposição de arco zigomático).

COMO CUIDAR?

- A **Atenção interprofissional**, realizada pelas equipes de saúde da UBS, com o objetivo de **acolher, estabelecer vínculo e promover socialização** é fundamental.
- A **equipe interprofissional** (assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, médico, enfermeiro, dentista, farma
- entre outros) deve atuar **para minimizar os aspectos fisiológicos e psicossociais** que causam a perda de peso não intencional em idosos.
- A ficha de **MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR** pode ser utilizada, com orientações nutricionais simples, conforme fluxograma do "Protocolo de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na orientação alimentar da pessoa idosa"

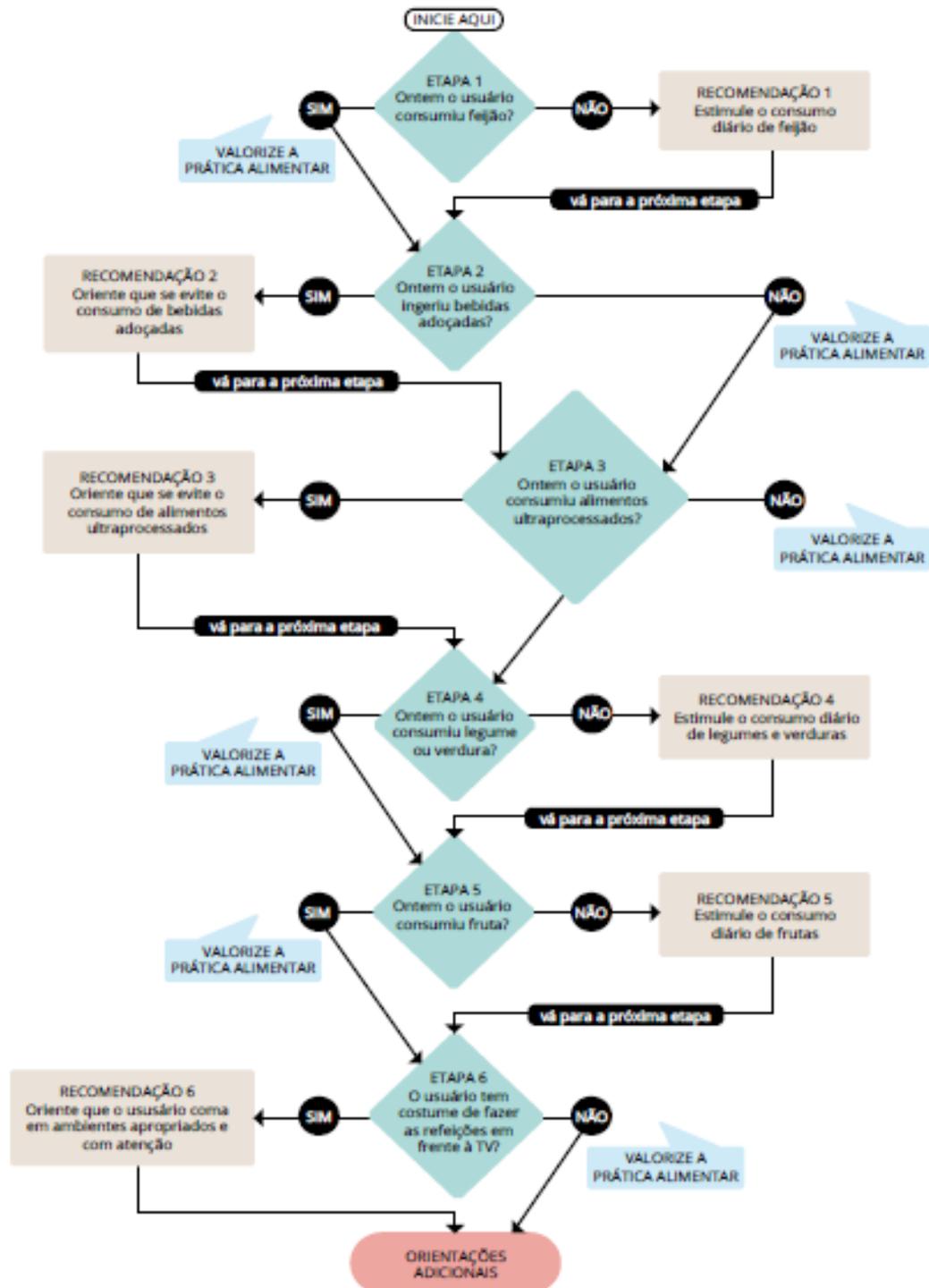
Para avaliação de consumo alimentar, pode-se utilizar a ficha "MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR"

CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Você tem costume de realizar refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Quais refeições você faz ao longo do dia? <input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia	
	Ontem, você consumiu:	
	Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Frutas frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de côco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não sabe	

:

Fonte: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/ficha_marcadores_alimentar_v3_2.pdf.

Fluxograma direcional de conduta para orientação alimentar da pessoa idosa



Extraído de: Fascículo 2- protocolo de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na orientação alimentar da pessoa idosa. Brasil, 2021.

ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA A PESSOA IDOSA

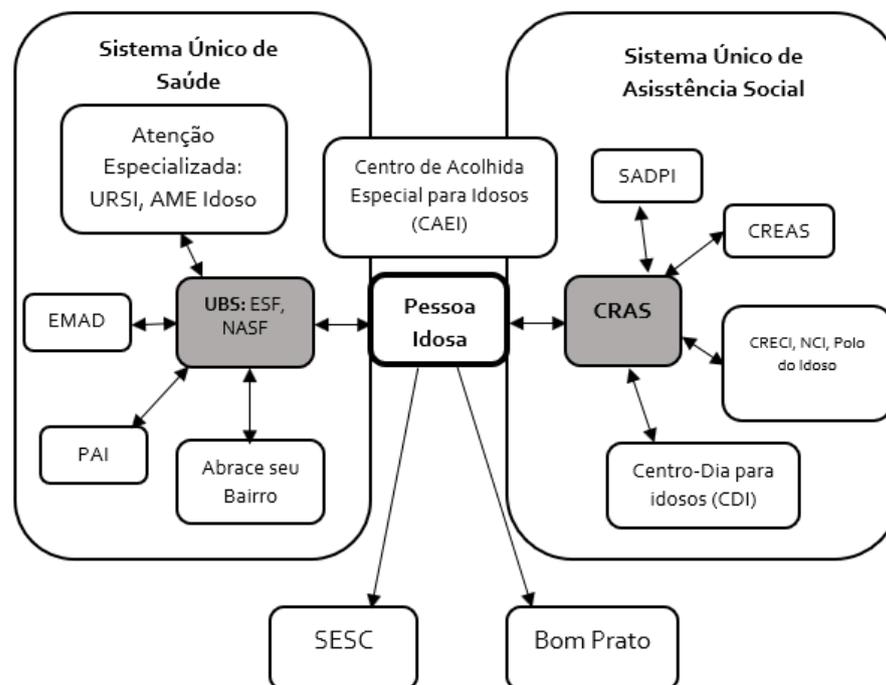
1. Consumir diariamente feijão ou leguminosas.
2. Manter a hidratação. Evitar consumir bebidas adoçadas. Preferir consumir água pura ou saborizada com frutas, água de coco. Consumir café e chás com moderação.
3. Evitar consumir alimentos ultraprocessados. Preferir consumir alimentos in natura ou minimamente processados. Realizar três refeições principais (café da manhã, almoço e jantar) e dar preferência às refeições feitas na hora. Realizar pequenas refeições compostas por leite/iogurte natural, acompanhados de frutas frescas ou castanhas, tapioca, pamonha etc.
4. Consumir diariamente legumes e verduras. Dar preferência aos alimentos da sua região e da época. Podem ser preparados crus, cozidos, em sopas, purês, omeletes, tortas etc.
5. Consumir diariamente frutas. Dar preferência aos alimentos da sua região e da época. Preferir consumir frutas inteiras aos sucos. Podem ser consumidas com saladas de folhas, em saladas de frutas, com adição de iogurtes, leite e aveia. Leve frutas práticas para comer em lanches fora de casa como banana, goiaba, mexerica e maçã.
6. Comer em ambientes apropriados e com atenção, se possível acompanhado.

IMPORTANTE OBSERVAR:

- ✓ Para usuários com alteração em dentição, orientar consumo de alimentos macios e bem cozidos.
- ✓ Caso o usuário tenha alteração cognitiva que prejudique a compreensão das orientações, familiares e cuidadores devem ser envolvidos no cuidado
- ✓ O nutricionista deve ser acionado para contribuir com discussão de casos e realizar assistência a este usuário.

A articulação com os diferentes serviços de saúde e outros setores deve ser considerada para contribuir com o cuidado das pessoas idosas:

Figura 2 – Rede Intersetorial para o cuidado à pessoa idosa com perda de peso não intencional na região Centro de São Paulo. São Paulo, 2022.



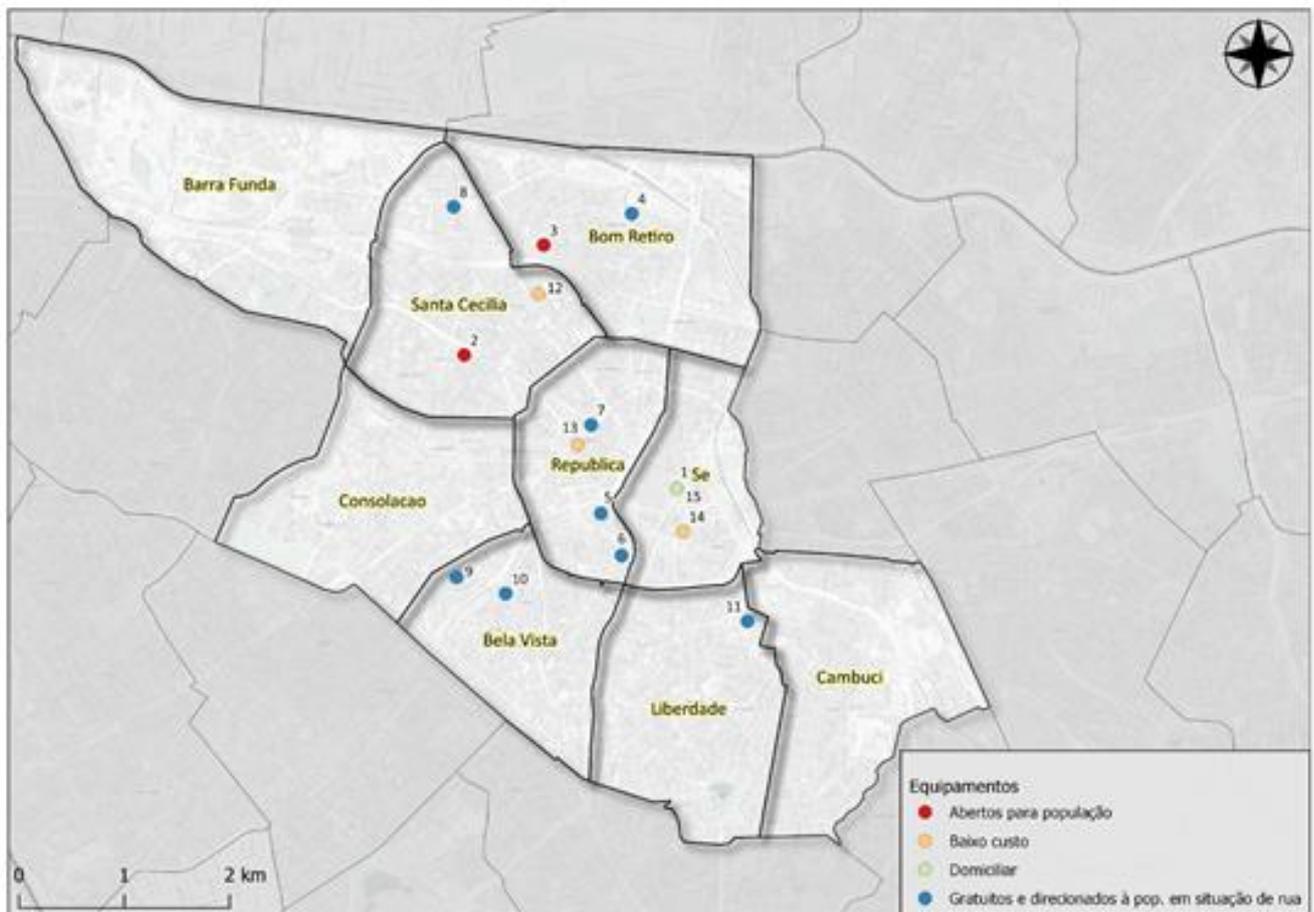
LISTA DE SIGLAS:

- **URSI:** Unidade de Referência em Saúde do Idoso
- **AME Idoso:** Ambulatório de Especialidades do Idoso
- **EMAD:** Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
- **PAI:** Programa Acompanhante de Idosos
- **CAEI:** Centro de Acolhida Especial para Idosos
- **UBS:** Unidade Básica de Saúde
- **ESF:** Estratégia Saúde da Família
- **NASF:** Núcleo Ampliado em Saúde da Família
- **CRAS:** Centro de Referência em Assistência Social
- **SADPI:** Serviço de Alimentação domiciliar para a Pessoa Idosa
- **CREAS:** Centro Referência Especializado em Assistência Social
- **CRECI:** Centro de Convivência e Cidadania do Idoso
- **NCI:** Núcleo de Convivência do Idoso
- **SESC:** Serviço Social do Comércio.

SAIBA MAIS EM...

- **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa** – Ministério da Saúde, 2014.
- **Manual “Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais”** - Organização Panamericana de Saúde, 2012.
- **Guia Alimentar para a População Brasileira** -Ministério da Saúde, 2014.
- **Protocolo de Uso do Guia Alimentar Para a População Brasileira na orientação Alimentar da pessoa idosa** – Ministério da Saúde, 2021.

MAPA DA REGIÃO CENTRO COM LOCAIS QUE FORNECEM REFEIÇÕES GRATUITAS OU A BAIXO CUSTO



LEGENDA:

1. **Bom Prato 25 de Março:** Rua 25 de março, 166 – Centro
2. **Bom Prato Campos Elíseos:** Rua General Júlio Marcondes Salgado, 56 – Campos Elíseos
3. **Sopão com carinho (TenYad):** Rua dos Italianos, 333 - Bom Retiro
4. **Complexo Prates:** Rua Prates, 1801 – Bom Retiro
5. **Núcleo de Convivência para Adultos em Situação de Rua "CHÁ DO PADRE":** Rua Riachuelo, 268 – Centro
6. **Núcleo de Convivência para Adultos em Situação de Rua:** Praça Carlos Gomes, 130 – Liberdade
7. **Núcleo de Convivência para Adultos em Situação de Rua:** Rua do Boticário, 32 – Centro
8. **Núcleo de Convivência Boracéia:** Rua Norma Pieruccini Giannotti, 77 – Barra Funda
9. **Núcleo de Convivência PENA FORTE:** Rua Doutor Pena Forte Mendes, 56 – Bela Vista
10. **Espaço social Casa Dom Orione:** Rua 13 de maio, 430 – Bela Vista
11. **Espaço cultural Cambuci/Casa Franciscana:** Rua Otto de Alencar, 270 – Cambuci
12. **SESC Bom Retiro:** Alameda Nothman, 185 – Campos Elíseos
13. **SESC 24 de maio:** Rua 24 de Maio, 109 - República
14. **SESC Carmo:** Rua do Carmo, 147 – Sé
15. **Serviço de refeição domiciliar para a pessoa idosa (SADPI):** Rua 25 de março, 166 – Centro (SEDE)

**Produto Educacional elaborado a partir da pesquisa “Percepção de profissionais da
Atenção Básica acerca da atenção a idosos com perda de peso não intencional”.**

Aline Nascimento Sardinha.

Mestrado Profissional Interunidades – Formação em Saúde

**Faculdade de Odontologia/Faculdade de Saúde Pública/Escola de Enfermagem/Instituto
de Psicologia**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

2022

ANEXO A – Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI-AB). Questionário Inicial. Versão de 2021

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA (AMPI-AB)						
NOME:					DN:	
NOME SOCIAL:					SEXO: F () M ()	
RAÇA/COR: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena					CNE:	
ENDEREÇO:					TEL:	
UBS:			Aplicação: () Próprio Idoso () Cuidador / Responsável		Aplicação: () Presencial () Telefone	
AMPI-AB: QUESTIONÁRIO MULTIDIMENSIONAL						PONTUAÇÃO
1	Idade	Qual a sua idade?	() 60- -74 (0 PONTO)	() 75- -89 (1 PONTO)	() 90 ou + (2 PONTOS)	
2	Auto Percepção de saúde	Em geral, comparado com outras pessoas de sua idade, o(a) Sr.(a.) diria que sua saúde é:		() Muito boa / boa (0 PONTOS)	() Regular/ ruim / muito ruim (1 PONTO)	
3	Suporte Social	O(A) Sr.(a.) mora sozinho?		() NÃO (0 PONTO)	() SIM (1 PONTO)	
4	Condições Crônicas	O(A) Sr.(a.) teve/tem algumas dessas condições abaixo?	() NENHUMA (0 PONTO)	() 1 ou 2 (1 PONTO)	() 3 ou + (2 PONTOS)	
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus, <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial sistêmica, <input type="checkbox"/> Acidente vascular encefálico, <input type="checkbox"/> Doença arterial coronariana, <input type="checkbox"/> Doenças vasculares, <input type="checkbox"/> Lesão por pressão, <input type="checkbox"/> Anemia, <input type="checkbox"/> Asma, <input type="checkbox"/> Doença pulmonar obstrutiva crônica, <input type="checkbox"/> Úlcera péptica, <input type="checkbox"/> Osteoporose, <input type="checkbox"/> Obesidade, <input type="checkbox"/> Neoplasia, <input type="checkbox"/> Demência, <input type="checkbox"/> Epilepsia, <input type="checkbox"/> Depressão, <input type="checkbox"/> Doença de Parkinson, <input type="checkbox"/> DST/ HIV/AIDS, <input type="checkbox"/> Amputação de membro, <input type="checkbox"/> Tabagismo/Alcoolismo/Outras drogas e <input type="checkbox"/> Dor crônica.						
5	Medicamentos	Quantos medicamentos o(a) Sr.(a.) toma ao dia?		() 1 a 4 (0 PONTO)	() 5 ou + (1 PONTO)	
6	Internações	Quantas vezes o(a) Sr.(a.) ficou internado(a) nos últimos 12 meses?	() NENHUMA (0 PONTO)	() 1 INTERNAÇÃO (1 PONTO)	() 2 INTERNAÇÕES OU + (2 PONTOS)	
7	Quedas	Quantas vezes o(a) Sr.(a.) caiu nos últimos 12 meses?	() NENHUMA (0 PONTO)	() 1 EPISÓDIO (1 PONTO)	() 2 EPISÓDIOS OU + (2 PONTOS)	
8	Visão	O(A) Sr.(a.) tem alguma dificuldade para enxergar? (mesmo usando óculos)		() NÃO (0 PONTO)	() SIM (1 PONTO)	
9	Audição	O(A) Sr.(a.) tem alguma dificuldade para ouvir ou as pessoas acham que o(a) senhor(a) ouve mal?		() NÃO (0 PONTO)	() SIM (1 PONTO)	
10	Limitação Física	Verificar se o(a) idoso(a) é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos.	SIM ()	NÃO ()	() SIM para todos os itens (0 PONTO) () NÃO em 1 a 4 itens (1 PONTO)	
		Verificar se o(a) idoso(a) é capaz de apertar um lápis sobre a mesa com uma das mãos e colocá-lo de volta.	SIM ()	NÃO ()		
		Perguntar: o(a) Sr.(a.) consegue andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)? Perguntar: o(a) Sr.(a.) consegue sentar-se ou levantar-se sem dificuldade?	SIM ()	NÃO ()		
11	Cognição	O(A) Sr.(a.) acha ou algum familiar/amigo falou que o(a) Sr.(a.) está ficando esquecido?	SIM ()	NÃO ()	() NÃO para todos os itens (0 PONTO) () SIM em 1 a 3 itens (1 PONTO)	
		O esquecimento está planejando nos últimos meses?	SIM ()	NÃO ()		
		O esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?	SIM ()	NÃO ()		
12	Humor	No último mês, o(a) Sr.(a.) sentiu desânimo, tristeza ou desesperança?	SIM ()	NÃO ()	() NÃO para todos os itens (0 PONTO) () SIM em 1 a 2 itens (1 PONTO)	
		No último mês, o(a) Sr.(a.) perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?	SIM ()	NÃO ()		
13	Atividades Básicas de Vida Diária - ABVD	O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para sair de cama?	SIM ()	NÃO ()	() NÃO para todos os itens (0 PONTO) () SIM em 1 a 4 itens (1 PONTO)	
		O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para vestir-se?	SIM ()	NÃO ()		
		O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para alimentar-se?	SIM ()	NÃO ()		
		O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para tomar banho?	SIM ()	NÃO ()		
14	Atividades Instrumentais de Vida Diária - AIVD	O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para realizar atividades fora de casa?	SIM ()	NÃO ()	() NÃO para todos os itens (0 PONTO) () SIM em 1 a 2 itens (1 PONTO)	
		O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para lidar com seu dinheiro (pagar contas, conferir troco, ir ao banco, etc.)?	SIM ()	NÃO ()		
15	Incontinência	O(a) Sr.(a.) perde urina sem querer?	SIM ()	NÃO ()	() NÃO para todos os itens (0 PONTO) () SIM em 1 a 3 itens (1 PONTO)	
		O(a) Sr.(a.) perde fezes sem querer?	SIM ()	NÃO ()		
16	Perda de peso não intencional	Nos últimos 12 meses o(a) Sr.(a.) perdeu peso sem ter feito dieta ou mudado qualquer hábito de vida? (4,5 kg ou 5% de perda nos últimos 12 meses)			NÃO () (0 PONTO) SIM () (1 PONTO)	
17	Condições bucais	O(a) Sr.(a.) tem problemas para mastigar devido a problemas nos seus dentes ou na sua prótese?	SIM ()	NÃO ()	() NÃO para todos os itens (0 PONTO) () SIM em 1 a 4 itens (1 PONTO)	
		O(a) Sr.(a.) tem problemas para engolir ou apresenta engasgos ao se alimentar?	SIM ()	NÃO ()		
		O(a) Sr.(a.) deixou de comer algum tipo de alimento pela falta de dentes ou problemas nos seus dentes ou na sua prótese?	SIM ()	NÃO ()		
		Sua(s) prótese(s) está(ão) lhe trazendo desconforto?	SIM ()	NÃO ()		
CLASSIFICAÇÃO		() SAÚDAVEL - 0 a 5 pontos	() PRÉ-FRÁGIL - 6 a 10 pontos	() FRÁGIL - ≥ 11 pontos	Total	
DATA:		Nome e Assinatura do Profissional:				

ANEXO B - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Proponente (Faculdade de Medicina da USP)

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção de profissionais da Atenção Básica acerca da atenção a Idosos com perda de peso não intencional

Pesquisador: Maria Helena Morgani de Almeida

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 11018019.1.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.342.422

Apresentação do Projeto:

Projeto para obtenção de título de Mestrado em Ciências.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer a percepção de profissionais da AB sobre o estado nutricional de Idosos usuários de UBS, com ênfase para perda de peso não intencional e, identificar possibilidades de intervenção a essa problemática pela equipe Interprofissional.

Objetivo Secundário:

Conhecer a percepção dos profissionais da AB sobre o estado nutricional de Idosos usuários de UBS;
Compreender a percepção dos profissionais da AB sobre a perda de peso não intencional em Idosos como condição a ser avaliada;
Compreender a percepção dos profissionais da AB acerca de possibilidades de intervenção por equipe Interprofissional em pessoas Idosas que apresentem perda de peso não intencional;
Identificar possíveis instrumentos utilizados para avaliação antropométrica de Idosos na AB;
Identificar possíveis estratégias para enfrentamento da perda de peso não intencional em Idosos na AB por equipe Interprofissional;

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU **CEP:** 01.246-903
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 **E-mail:** cep.fm@usp.br

Continuação do Parecer: 3.342.422

Identificar desafios para o cuidado Interprofissional na AB dos Indivíduos Idosos com perda de peso não Intencional;

Elaborar material educativo com informações sobre o cuidado nutricional à pessoa Idosa, desde a avaliação antropométrica até orientações nutricionais simples, visando instrumentalizar profissionais da Atenção Básica no município de São Paulo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação nesta pesquisa prevê risco mínimo, visto que a mesma pode gerar desconforto ou constrangimento ao responder às perguntas do entrevistador ou durante a discussão no grupo focal, que pode ser contornado mediante a garantia de sigilo por parte dos pesquisadores quanto às informações fornecidas e compartilhadas durante a pesquisa e, por meio de orientações prestadas pelos pesquisadores. Reafirmamos ainda que participante poderá recusar-se a responder ou retirar o seu consentimento.

Benefícios:

Espera-se que os resultados forneçam informações sobre as possibilidades de atuação interprofissional relacionadas ao cuidado nutricional para os indivíduos que apresentam perda de peso não intencional, tendo em vista fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa no município de São Paulo junto a essa população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa Interessante e de grande valla acadêmica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE claro e objetivo - realizadas as alterações sugeridas - de acordo.

Carta de anuência da Coordenadoria Regional de Saúde - Centro - de acordo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Alterações solicitadas foram realizadas - de acordo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 38
 Bairro: PACAEMBU CEP: 01.248-603
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP



Continuação do Parecer: 3.342.422

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1314277.pdf	08/05/2019 16:32:26		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_AlineSardinha_mai2019.docx	08/05/2019 16:31:44	Maria Helena Morgani de Almeida	Acelto
Cronograma	Cronograma2_AlineSardinha.docx	08/05/2019 16:30:55	Maria Helena Morgani de Almeida	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.docx	08/05/2019 16:29:48	Maria Helena Morgani de Almeida	Acelto
Outros	CEP_AlineSardinha_abr2019.pdf	03/04/2019 14:55:24	Maria Helena Morgani de Almeida	Acelto
Folha de Rosto	folhaDeRosto_AlineSardinha_assin.pdf	03/04/2019 14:51:36	Maria Helena Morgani de Almeida	Acelto
Outros	Carta_Autor_CRSCentro_Proj_Pesq_Aline_Sardinha_2019.pdf	31/03/2019 13:32:55	Maria Helena Morgani de Almeida	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

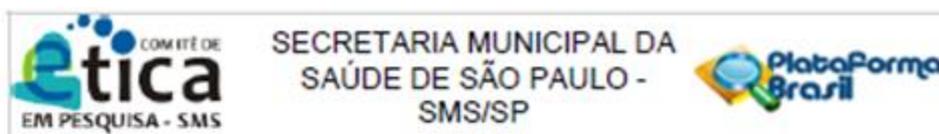
SAO PAULO, 23 de Maio de 2019

Assinado por:

Maria Aparecida Azevedo Kolke Folgueira
(Coordenador(a))

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU CEP: 01.245-903
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3803-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Coparticipante (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção de profissionais da Atenção Básica acerca da atenção a idosos com perda de peso não intencional

Pesquisador: Maria Helena Morgani de Almeida

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 11018019.1.3001.0086

Instituição Proponente: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.382.875

Apresentação do Projeto:

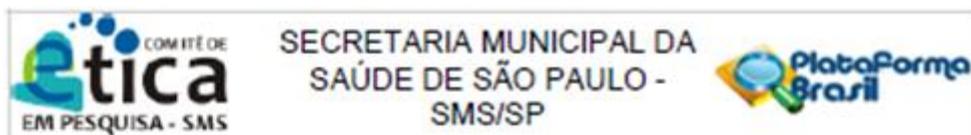
Será realizada pesquisa de natureza qualitativa, exploratória e descritiva em duas etapas: a primeira etapa compreende aplicação de entrevista individual semiestruturada com um número estimado de catorze profissionais de nível superior da AB que atuam com idosos, na região central do município de São Paulo, visando conhecer suas percepções em relação a temática e intervenções junto aos indivíduos idosos com perda de peso não intencional. Serão excluídos profissionais da Unidade Básica de Saúde na qual a pesquisadora está vinculada para controle de possíveis vieses nos resultados da pesquisa.

Com base na transcrição e análise temática de conteúdo das entrevistas, será conduzida a segunda etapa do estudo, quando os profissionais entrevistados na primeira etapa serão convidados a participar de grupo focal abordando aspectos sobre a mesma temática.

O grupo focal visa compartilhamento de percepções e aprofundamento de reflexões sobre atenção aos idosos com perda de peso não intencional por profissionais da AB na região central do município de São Paulo.

Os dados dessa etapa também serão transcritos e submetidos à análise temática de conteúdo. As informações de ambas etapas serão trianguladas buscando-se assegurar compreensão mais ampla e aprofundada do fenômeno investigado.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
 Bairro: Vila Buarque CEP: 01.223-010
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3397-2464 E-mail: smscep@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.302.875

processo de trabalho no âmbito das unidades de saúde trazendo, em última instância, benefícios aos usuários, sobretudo para a população idosa.

A metodologia descrita está adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas Instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

TCLE, Cronograma, orçamento detalhado e fonte financiadora estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Solicitamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, Ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1363311.pdf	05/06/2019 17:26:31		Aceito
Outros	Respostas_as_pendências_apontadas_no_parecer_do_CEP_SMS.docx	05/06/2019 17:25:15	Maria Helena Morgani de Almeida	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_AlineGardinha_jun2019.docx	05/06/2019 17:22:04	Maria Helena Morgani de Almeida	Aceito

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
 Bairro: Vila Buarque CEP: 01.223-010
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3397-2464 E-mail: smscep@gmail.com