

RED DE ASISTENCIA INTEGRAL PARA LA SALUD DE LA TERCERA EDAD: LA EXPERIENCIA DE ENFERMEROS GERENTES EN SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nádia Placideli Ramos¹ 
Silvia Cristina Mangini Bocchi¹ 

ABSTRACT

Objective: to understand the conception of the comprehensive care network for older adults according to the experiences of nurse-managers working in Primary Health Care services. **Methods:** a qualitative research study conducted in 2019 in a number of host municipalities from five health regions of the state of São Paulo, Brazil. The interviews were audio-recorded, transcribed and analyzed according to the Grounded Theory, with theoretical saturation from the fifth interview. **Results:** three sub-processes emerged, namely: recognizing potential for the constitution of a comprehensive care network for older adults in the context of the public health system; getting discouraged for not visualizing the Care Network for Older Adults, given the organizational and cultural challenges to strengthen Primary Health Care; and discouragement to mobilize towards the constitution of the comprehensive care network for older adults. **Final Considerations:** this study contributes for the teams working in the Primary Health Care services to reassess their health practices, seeking to advance in the constitution of the comprehensive care network for older adults.

DESCRIPTORS: Older Adult; Comprehensive Health Care; Primary Health Care; Nurses; Administration of Health Services.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Ramos NP, Bocchi SCM. Red de asistencia integral para la salud de la tercera edad: la experiencia de enfermeros gerentes en servicios de atención primaria. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2022 [accessed "insert day, month and year"]; 27. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.78217>.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional es un fenómeno mundial. En Brasil hay repercusiones en las políticas públicas y en su implementación en los servicios del territorio, destacándose el Sistema Único de Salud (SUS), que debe proporcionar atención calificada para suplir las demandas derivadas del incremento de la cantidad de enfermedades crónicas no transmisibles y controlar las enfermedades infecciosas, que persisten en el país, afectando incluso a los ancianos¹⁻².

Frente a ello, el Ministerio da Salud actualiza políticas³⁻⁴ con el fin de contemplar las demandas de la tercera edad, cuyos objetivos son establecer y difundir directrices para la orientación de los servicios de salud, especialmente los de Atención Primaria de Salud (APS), para lograr mayor capacidad de resolución en el avance hacia la atención integral para la tercera edad.

Los servicios de APS se han organizado mediante la Estrategia Salud de la Familia (ESF), el modelo prioritario para la expansión y consolidación de la APS en el país⁸. El equipo está compuesto por un médico de cabecera para la familia, un enfermero, técnicos de Enfermería y un agente comunitario de salud (ACS), y su gestión está a cargo del profesional de Enfermería en la mayoría de los casos⁹.

En 2010 se establecieron las Redes de Atención de Salud (RAS), comprendidas como disposiciones organizativas para garantizar integralidad de la atención, a cargo de distintos servicios⁵, procurando superar el problema de un sistema de salud fragmentado. Para su implementación, en el año 2014 se propusieron diversas directrices estratégicas, entre ellas la constitución de la red de atención integral a la salud de la tercera edad para garantizar un envejecimiento activo⁶, destacándose los servicios de APS como organizadores de esta red⁷.

Incluso dada la reconocida expansión de la APS, diversos estudios nacionales concluyen que existe cierta desarticulación entre los servicios de salud y la ausencia de una red de atención para la tercera edad^{2,10-12}. Parece haber cierto aislamiento entre las necesidades planteadas por el envejecimiento de la población y la capacidad de respuesta de los servicios de salud en Brasil, principalmente los de APS¹¹, con debates insuficientes sobre las nuevas demandas, como la heterogeneidad y la longevidad¹³.

Surge la siguiente pregunta al respecto: ¿cómo se configura la concepción de la red de atención integral para la tercera edad de enfermeros gerentes que trabajan en la APS, responsables de la implementación de directrices y protocolos del Ministerio de Salud? El objetivo del estudio fue comprender la concepción de la red de atención integral para la tercera edad, abstraída en un modelo teórico, a partir de las experiencias de enfermeros gerentes de servicios de APS.

MÉTODO

Investigación cualitativa de enfoque comprensivo, realizada según los Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)¹⁴, con la Teoría Fundamentada en los Datos¹⁵ y el Interaccionismo Simbólico¹⁶ como marcos de referencia metodológico y teórico, respectivamente. Además, se basó en las principales políticas, leyes y recomendaciones ministeriales dirigidas a la tercera edad y a los servicios de salud, a considerar la Política Nacional de Salud para la Tercera Edad³ y el manual de atención básica Envejecimiento y Salud de la Tercera Edad⁴, para profundizar la comprensión de la red de atención integral para la tercera edad, a partir de las experiencias de enfermeros gerentes de servicios de APS.

Como posibles participantes del estudio, se consideró a enfermeros gerentes de servicios de APS de diversos municipios sede de cinco regiones de salud del estado de San Pablo (Bauru, Jaú, Lins, Avaré y Botucatu), Brasil, siendo definidos en forma intencional, conforme a los siguientes criterios de inclusión: ser una unidad ESF, y que el gerente esté en ejercicio del cargo hace al menos dos años y que tenga disponibilidad horaria para la entrevista. Se excluyó del estudio a los gerentes que ocupaban el cargo hace menos de dos años, que estaban distanciados de su puesto trabajo durante el período en cuestión, o que no tenían disponibilidad horaria para las entrevistas. La elección de estas localidades se debe a la investigación realizada anteriormente, y las indicaciones de gerentes y servicios fueron definidas por el área de gestión de la salud de cada municipio.

Se realizó una entrevista no-directiva programada, que tuvo lugar en 2019, en los servicios de APS en los que trabajaba cada gerente. Las entrevistas se grabaron en un medio de audio y duraron entre 30 y 50 minutos. Se empleó un guión semiestructurado con preguntas para caracterizar a los actores y la siguiente pregunta orientadora: "Describame su experiencia como gerente para la organización e implementación de acciones dirigidas a la tercera edad en este servicio de APS."

La recolección de datos tuvo lugar individualmente entre septiembre y octubre de 2019, en las propias instalaciones de los servicios. Una vez transcritas las entrevistas, se eliminó la totalidad del contenido grabado en audio, y los testimonios se presentaron por medio de códigos alfanuméricos (E1, E2, E3, E4 y E5), donde la letra "E" significa "Entrevistado". También se realizaron observaciones y se tomaron notas de campo, consideradas pertinentes para integrar el análisis.

Adoptándose las directrices de investigación cualitativa y del marco de referencia metodológico utilizado (Teoría Fundamentada en los Datos), las etapas de recolección y análisis de los datos se dieron conjuntamente hasta lograr saturación teórica a partir del análisis de la quinta entrevista (E5) y validación del modelo resultante, comparándose con los datos sin procesar, el cual demostró ser capaz de explicar la concepción de la red de atención integral para la tercera edad a partir de las experiencias de enfermeros gerentes de servicios de APS.

Las entrevistas fueron transcritas y analizadas manualmente por las investigadoras, sin utilizar ningún programa de software, para luego ser validadas en conformidad con las etapas del marco de referencia metodológico de la Teoría Fundamentada en los Datos (TFD)¹⁵: microanálisis, codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, con número de parecer 3.490.251.

RESULTADOS

Participaron cinco actores, todas mujeres de entre 37 y 46 años de edad, gerentes de APS hace más de dos años, enfermeras, tres de ellas con especialización en Salud de la Familia y una con nivel de postgrado (Doctorado en Enfermería).

Las categorías que se identificaron y las relaciones teóricas que se establecieron permitieron desarrollar el proceso analítico y explicativo por medio de tres subprocesos que componen la experiencia: (A) reconocer potencialidades para establecer la red de atención integral para la tercera edad en el contexto del sistema público de salud; (B) desánimo al no vislumbrar la Red de Atención para la Tercera Edad, ante los retos organizacionales y culturales para fortalecer la APS; y (C) desmotivación para movilizarse en pos de establecer la red de atención integral para la tercera edad.

A partir de la realineación de los subprocesos se descubrió la categoría central

(Modelo Teórico): “Desánimo para establecer la red ideada de atención integral para la tercera edad, al no vislumbrarla frente a los retos organizacionales y culturales para fortalecer la APS” (Figura 1).

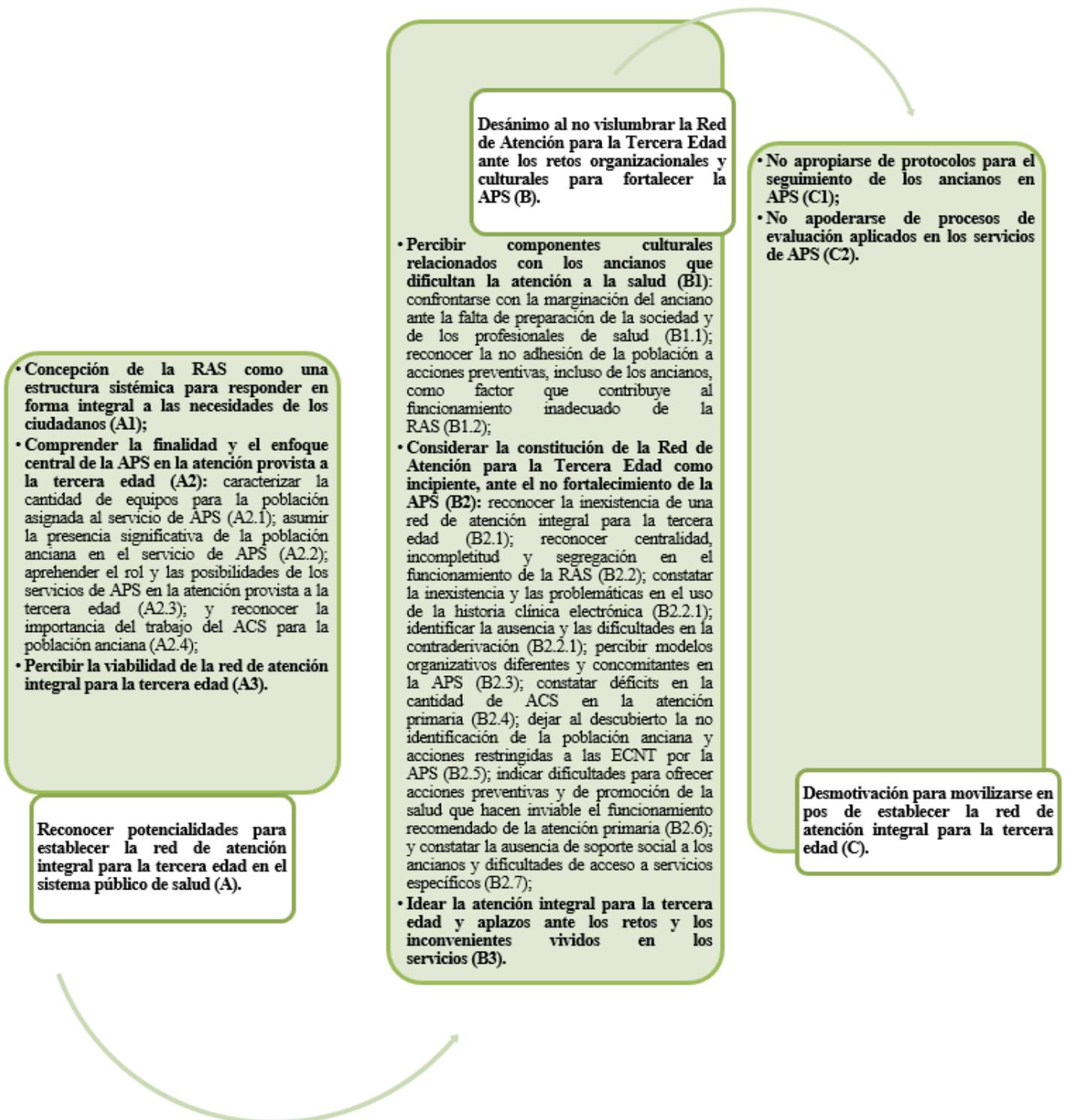


Figura 1 - Categoría central (Modelo Teórico): Desánimo para establecer la red ideada de atención integral para la tercera edad, al no vislumbrarla frente a los retos organizacionales y culturales para fortalecer la APS. Botucatu, SP, Brasil, 2020. Fuente: Los autores (2020).

La categoría central representa la totalidad del proceso. Al afirmar y reforzar la inexistencia de una red de atención integral para la tercera edad a partir del contexto de los servicios de APS, los actores reconocen que hay potencialidades para constituir la, dispuestas en las políticas públicas, además de acciones puntuales desarrolladas por los servicios, las cuales se encuentran obstruidas por numerosas problemáticas y retos que extrapolan la posibilidad de control de estos profesionales, observadas en los desdoblamientos de los tres subprocesos.

Reconocer potencialidades para establecer la red de atención integral para la tercera edad en el contexto del sistema público de salud (A), compuesto por categorías y subcategorías, deviene de la comprensión de los actores sobre el concepto de la RAS y cómo debería funcionar conforme a lo previsto, en la provisión de atención integral hecha posible por diferentes servicios, como la APS, puerta de entrada y organizadora de la atención a la salud.

La categoría (A1)– Concepción de la RAS como una estructura sistémica para responder en forma integral a las necesidades de los ciudadanos – representa la constatación de los actores sobre la RAS en relación con la composición de los servicios de salud en los tres ámbitos (atención primaria, secundaria y terciaria) y de otras áreas.

Los actores también comprenden que la RAS debe trabajar de manera intersectorial, no jerarquizada, procurando responder a todas las necesidades de las personas, independiente de edad y género, tanto dentro como fuera del municipio; disponiendo del sistema electrónico CROSS (Centro de Regulación de la Oferta de Servicios de Salud), responsable de indicar la disponibilidad de camas y de especialidades ambulatorias en el sistema de salud, reflejando así la existencia de un dispositivo de integración, como indicó E4:

[...] Creo que la red es un trabajo en el que un servicio apoya al otro [...]. La atención primaria, secundaria y terciaria y los otros servicios, que son intersectoriales (E4).

Al profundizar las reflexiones sobre la RAS surge la categoría (A2): Comprender la finalidad y el enfoque central de la APS en la atención provista a la tercera edad. Aquí los actores reconocen a la APS como la puerta de entrada del sistema de salud público, debido a la mayor proximidad y a conocerse las demandas de la población, caracterizando el servicio de APS: cantidad de equipos y población asignada (A2.1);

Donde los servicios de APS deben desarrollar acciones enfocadas en la prevención y promoción de la salud de la tercera edad, que se encuentran en cantidad significativa en los territorios, asumiendo la significativa presencia de la población anciana en el servicio de APS (A2.2) y aprehendiendo el rol y las posibilidades de los servicios de APS en la atención provista a la tercera edad (A2.3).

[...] Es trabajo de hormiga, pero estamos mejorando día a día. [...]. Entonces como Atención Primaria, creo que debemos trabajar mucho con la promoción y la prevención, y nuestro rol es fundamental [...]. (E2).

Sin embargo, se trata de un proceso de constitución paulatina pese a los avances legítimos en este nivel de atención, que son posibles gracias a la colaboración de diferentes actores, como los ACS (Agentes Comunitarios de Salud), que califican el trabajo de los equipos de las Unidades Salud de la Familia (USF), reconociendo la importancia del trabajo del ACS con la población anciana (A2.4).

[...] El agente comunitario nos acerca el problema del anciano, entonces ya marco y entro en contacto [...]. (E3).

Al constatare la significativa presencia de los ancianos y el rol fundamental de los servicios de APS, surge la categoría Percibir la viabilidad de la red de atención integral para la tercera edad (A3), en la cual se reconoce la necesidad de organizar una red de

atención integral para la tercera edad que funcione de manera integrada, considerando las demandas biopsicosociales de esta población. La colaboración de todos los servicios, profesionales y familiares de los ancianos es fundamental, puesto que el camino que se debe recorrer para constituir esta red depara experiencias exitosas.

[...] Entonces, cuando hay un problema con determinado anciano, la red queda atada entre el CREAS (Centro de Referencia Especializado de Asistencia Social), el CRAS, el servicio de salud y la familia [...] (E2).

Paradójicamente, los actores constatan la inexistencia de esta red, lo que constituye el segundo subproceso de la experiencia de los enfermeros gerentes de servicios de APS, (B) Desánimo al no vislumbrar la Red de Atención para la Tercera Edad ante los retos organizacionales y culturales para fortalecer la APS, compuesto por categorías, subcategorías y elementos, como reacción al descrédito y a los desestímulos para afrontamientos en el trabajo.

Al percibir componentes culturales relacionados con los ancianos que dificultan la atención de salud (B1), también determinan que la propia sociedad no tiene una concepción acerca de la necesidad de respetar y apoyar a los ancianos, sea en la senescencia o en la senilidad, lo que también se extiende a los profesionales de salud, confrontándose con la marginación del anciano ante la falta de preparación de la sociedad y de los profesionales de salud (B1.1).

Además, en relación con la propia generación de la tercera edad, que se resiste a participar en acciones de prevención y promoción, tal vez esté influenciada por el modelo de salud centrado en las enfermedades, reconociéndose la no adhesión de la población a acciones preventivas, incluso por parte de los ancianos, como un factor que contribuye al funcionamiento inadecuado de la RAS (B1.2).

[...] Como enfermera y como hija de una anciana con Alzheimer, puedo decir que me faltaba preparación [...] (E1).

[...] La RAS funciona por etapas porque, desafortunadamente, cuando se le dice a un anciano que debe tomar medidas de prevención, no todos lo aceptan [...] (E2).

A las problemáticas identificadas anteriormente con respecto a la falta de preparación de la sociedad y de los profesionales se suma la experiencia cotidiana de los actores en los servicios de APS, los cuales consideran prematuro configurar la red de atención para la tercera edad, ante el no fortalecimiento de la APS (B2).

De esta manera se constata la inexistencia de una red de atención integral para la tercera edad en pleno funcionamiento, integrada a diferentes servicios para cubrir necesidades de salud y sociales, y calificada para promover la atención holística de la tercera edad en la realidad de los municipios, pues la existente es insuficiente, inadecuada y carece de criterios, reconociéndose así la inexistencia de una red de atención integral para la tercera edad (B2.1).

[...] No hay ninguna red de atención específica para la tercera edad, lo que tenemos es algo general [...] (E3).

Indicar las fragilidades en el funcionamiento articulado de la RAS y, consecuentemente, de la red de atención integral para la tercera edad, reconociendo centralidad, no completitud y segregación en el funcionamiento de la RAS (B2.2), proporcionando atención centralizada e incompleta, pues no dispone de especialistas y exámenes para responder a las necesidades de salud de la población, e inicua, con programas y acciones solo para algunos segmentos.

Además, la RAS funciona de manera desarticulada debido a la ausencia de herramientas electrónicas para una comunicación rápida y efectiva, constatando inexistencia

y problemáticas en el uso de la historia clínica electrónica (B2.2.1) e identificando ausencia y dificultades en la contraderivación (B2.2.2).

[...] Hay una red para la mujer, pero ninguna dirigida a la tercera edad, como tampoco para los adolescentes [...] (E1).

[...] El sistema que usamos hoy, el e-SUS, no es el mismo que se utiliza en el nivel terciario [...] (E4).

En relación con las dificultades en la comunicación de estos servicios entre los niveles de atención, los actores también identifican las distintas tipologías de servicios de atención primaria en estos municipios del estado de San Pablo, percibiendo modelos organizativos diferentes y concomitantes en la APS (B2.3), los cuales poseen diferentes estructuras y procesos de trabajo en materia de salud, resaltando que el ACS se encuentra presente en las unidades de salud de la familia y ausente en las unidades básicas de salud tradicionales.

[...] La salud de la familia difiere un poco del modelo tradicional (UBS), pues tenemos la posibilidad de hacer visitas domiciliarias, a través del agente comunitario, que es quien salva esa distancia [...] (E4).

Sin embargo, aunque se reconozca la importancia de los ACS en la unidad de Salud de la Familia, no siempre se dispone de una cantidad suficiente de estos profesionales para cubrir a la población asignada en el territorio, con un desfase en la cantidad de ACS, constatándose déficits de dichos profesionales en la atención primaria (B2.4).

[...] Esta área de aquí precisaría 14 agentes comunitarios, tenemos siete [...] (E4).

Unidas a estas problemáticas, se incluyen aquellas relacionadas específicamente a los servicios de APS. Los actores creen que la atención de la tercera edad todavía está dirigida por las ECNT y por el programa HiperDia, con desconocimiento sobre la población anciana asignada en el territorio, y dejando al descubierto la no identificación de la población anciana y las acciones restringidas a las ECNT por la APS (B2.5), reduciendo la vejez solo a las enfermedades.

[...] Entonces los ancianos están centralizados en el programa HiperDia [...]. Dónde están los ancianos sanos? Salud mental? [...] (E1).

Conjuntamente, se constata que factores como alta demanda espontánea en la atención primaria, restricciones para solicitar servicios específicos y ausencia de un equipo multiprofesional en el apoyo a estos servicios hacen imposible la organización y la oferta de acciones con esta finalidad, indicando dificultades para ofrecer acciones preventivas y de promoción de la salud, las cuales hacen inviable que la atención primaria funcione según lo recomendado (B2.6).

[...] Aquí al lado hay un grupo de artesanía para mujeres [...], pero no puedo salir de aquí e ir hasta allá, porque estoy absorbido por el servicio, por la demanda [...] (E4).

Los actores reconocen que hay agravantes en cuanto a la vulnerabilidad social y a la violación de derechos de los ancianos que se encuentran en el territorio del servicio de APS, caracterizados por apoyo social deficitario y desarreglos familiares, principalmente en localidades más periféricas.

A lo anterior se suma la ausencia o escasez de oferta de servicios que suplan demandas sociales y de atención a estos ancianos, como Centros de Día e Instituciones de Larga Permanencia para Ancianos públicas o filantrópicas, constatándose así la ausencia de apoyo social para los ancianos y dificultades en el acceso a servicios específicos (B2.7).

[...] Tenemos ciertas dificultades cuando precisamos un lugar para que los ancianos pasen el día. Todos los servicios que tenemos están desbordados [...] (E4).

Ante este escenario, los actores idean acciones para la tercera edad que puedan ser implementadas por los servicios de APS, procurando avanzar en una atención integral que contemple prácticas preventivas y de promoción de la salud, ideando la atención integral para la tercera edad a partir de los desafíos experimentados en los servicios (B3), aunque que en la actualidad no ocurre o sucede solamente de manera puntual.

[...] Que los ancianos hagan alguna actividad recreativa, como pintura, crochet [...], para los que se pasan todo el día encerrados en sus casas [...]. Para que no crean que el centro de salud es solo un lugar que entrega medicamentos [...] (E1).

Los actores imaginan la atención integral a la tercera edad, pero se muestran inertes e indiferentes, desmotivados a movilizarse para establecer la red de atención integral para la tercera edad (C), debido a la reacción de los enfermeros al interactuar con señales cotidianas de debilitamiento de la APS y, consecuentemente, distanciándolos de lo que imaginan para la organización de esta red.

A propósito, y como mecanismo de afrontamiento, adoptan una postura de indiferencia con respecto a las estrategias utilizadas por el Ministerio de Salud, para inducir la reorganización de la atención a la salud de la tercera edad en estos servicios, ya sea a través de directrices o de leyes, al no apropiarse de protocolos para el seguimiento de ancianos en la APS (C1).

Tampoco se evaluaron los resultados de los procesos de evaluación en los cuales participaron estos servicios en los últimos años, no siendo así posible apoderarse de los procesos de evaluación aplicados en los servicios de APS (C2), lo que demuestra que estas herramientas no se están incorporando a la planificación de los servicios ni a un proceso calificado de toma de decisiones.

[...] El protocolo del municipio es para hipertensos y diabéticos, la mayoría son ancianos [...]. Creo que debería haber protocolos para desarrollar otras acciones [...] (E4).

[...] Antes del PMAQ (Programa Nacional de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica), completábamos ese cuestionario, pero no recuerdo ni tampoco lo que sucedió después [...] (E1).

DISCUSIÓN

El estudio permitió aprehender el movimiento internacional de los profesionales de Enfermería que son gerentes de servicios de atención primaria con respecto a la realidad de la red de atención integral para la tercera edad en el contexto de diferentes municipios del centro-oeste de San Pablo. Las directrices rectoras sobre la RAS y la APS se constataron y reconocieron como adecuadas; sin embargo, indicaron la inexistencia de atención integral para la tercera edad, demostrando así cierta parálisis y desmotivación con respecto a su constitución.

Conforme a las premisas del Interaccionismo Simbólico, es posible comprender que, aunque reconocen que las políticas públicas son adecuadas, los actores todavía no las implementan debido a numerosas problemáticas. Visto que este marco de referencia teórico considera que las personas elaboran elementos para sí mismas y son capaces de utilizar su raciocinio para interpretar y adaptarse a partir de circunstancias en forma flexible, de modo que ellas mismas logren definir una situación determinada¹⁶.

Los actores reconocen el rol primordial de la APS en la ejecución de acciones centradas en la prevención y promoción de la salud de la tercera edad. De hecho, los principios oriundos de la Conferencia de Alma Ata resaltan la importancia de identificar las necesidades de salud en los territorios, con participación de las poblaciones y mayor

responsabilización de la APS¹⁷, especialmente cuando se enfoca en la tercera edad⁴.

Los actores destacan la importancia del rol del ACS como potenciador para prácticas dirigidas a la tercera, algo fundamental para la aproximación del equipo de APS de esta población en el territorio; este profesional puede convertirse en un catalizador de diversa información en la comunidad para ampliar el apoyo social, pudiendo optimizar las prácticas para lograr una atención holística y de calidad¹⁸.

Sin embargo, paradójicamente, en la rutina de los servicios, los actores identifican que no se están implementando los principios de la RAS y de la APS y que no hay ninguna red de atención integral para la tercera edad, debido a un conjunto de fragilidades y retos relacionados con la estructura y el proceso de trabajo, sumado a la propia conducta de los ancianos.

En este sentido, el rol social del anciano en Brasil está impregnado de estigmas que influyen la atención la salud provista, pues históricamente la tercera edad ocupa un lugar de marginación, marcado por la perspectiva orientada a la necesidad de asistencia, reforzada por el modelo biomédico hegemónico (centrado en las enfermedades) preponderante en los servicios del país¹⁹.

Ese hecho parece estar relacionado con los testimonios de los actores sobre la no adhesión de los ancianos a las actividades de prevención y promoción de la salud. Se destaca que el individuo debe tener autoconocimiento y discernir la importancia de estas acciones, así como tener acceso para que lograr una adhesión efectiva a tratamientos tanto farmacológicos como no-farmacológicos; además de considerar el nivel de estudios, las preferencias individuales y los vínculos entre profesionales y pacientes²⁰⁻²¹.

Los actores creen que la elevada demanda en los servicios de APS y la falta de recursos humanos como los ACS y diversos colaboradores pueden explicar la no organización de acciones para la tercera edad, especialmente preventivas y de promoción de la salud. Diversos estudios desarrollados en Brasil corroboran la situación de la elevada demanda espontánea en el contexto de estos servicios, lo que significa un reto para la reorientación del modelo asistencial del SUS²²⁻²³.

Es necesario lograr un equilibrio entre las acciones asistenciales y de prevención y promoción de la salud provistas por los servicios de APS²⁴, especialmente en la atención de la tercera edad. En este estudio, los actores reconocen que desconsideran peculiaridades de los ancianos en el territorio, sin ir más allá del programa HiperDia, el sistema de registro y seguimiento de personas con hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus, con una significativa cantidad de ancianos, realizado con dispensación de medicamentos, mínimamente, marginando así la promoción y la prevención de salud²⁵.

A esto se suma el desconocimiento de las recomendaciones para la organización de estos servicios de atención para la tercera edad, destacándose la ausencia de conocimientos gerontológicos en el equipo de profesionales de la APS¹⁰.

Los actores también demostraron que no se apropian de los procesos de evaluación de los servicios. Las estrategias de evaluación y monitoreo pasaron a ser reconocidas como herramientas esenciales para valorar la efectividad del sistema de salud, con provisión de distintos instrumentos, como PMAQ-AB y QualiAB (Cuestionario de Evaluación y Monitoreo de los Servicios de Atención Básica), que proponen entre sus indicadores los inherentes a la atención para la tercera edad².

Como principal limitación del estudio se reconoce el hecho de haber elegido los servicios de APS, dirigida por las secretarías municipales de salud, donde uno de los servicios se caracterizó como Unidad Básica de Salud tradicional.

CONSIDERACIONES FINALES

La abstracción de las experiencias de enfermeros gerentes de servicios de APS, por medio del modelo teórico que se hizo emerger, desde el punto de vista del Interaccionismo Simbólico y de las leyes y recomendaciones pertinentes a la temática, desprende numerosos retos que deben superarse para lograr una atención integral para la tercera edad, indicando así el aporte sinérgico de los diversos servicios existentes en la red de salud, con fortalecimiento de la atención primaria y de la intersectorialidad, para diseñar la red de atención integral para la tercera edad y avanzar en su constitución.

Este estudio proporciona elementos de apoyo para las gestiones federales, estatales y municipales a fin de avanzar en términos de actualizaciones y en la implementación de prácticas dirigidas a la tercera edad, además de contribuir para que el equipo de los servicios de Atención Primaria de Salud reevalúe sus prácticas, con el fin de contemplar las demandas heterogéneas y avanzar en la constitución de la red de atención integral para la tercera edad.

REFERENCIAS

1. Lima-Costa MF. Envelhecimento e saúde coletiva: estudo longitudinal da saúde dos idosos brasileiros (ELSI- Brasil). Rev Saúde Pública. [Internet]. 2018 [accessed 15 set 2019]; 52(suppl2). Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.201805200supl2ap>.
2. Placideli N, Castanheira ERL, Dias A, Silva PA da, Carrapato JLF, Sanine PR, et al. Evaluation of comprehensive care for older adults in primary care services. Rev Saúde Pública. [Internet]. 2020 [accessed 5 out 2019]; 54. Available from: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001370>.
3. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 19 out 2006.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica, n. 19- Série A. Normas e Manuais Técnicos. [Internet]. Brasília; 2007 [accessed 10 out 2019]. Available from: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>.
5. Mendes EV, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). As redes de atenção à saúde. [Internet]. Brasília; 2011 [accessed 10 out 2019]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação da Rede de Atenção à Saúde e outras estratégias das SAS. [Internet]. Brasília; 2014 [accessed 10 out 2019]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf.
7. Landim ELAS, Guimarães M do CL, Pereira APC de M. Healthcare network: systemic integration from the perspective of macromanagement. Saúde debate. [Internet]. 2019 [accessed 01 out 2019]; 43(spe5). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019S514>.
8. Ministério da Saúde. Portaria n. 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, 21 set 2017.
9. Nunes LO, Castanheira ERL, Dias A, Zarili TFT, Sanine PR, Mendonça CS, et al. Importance of local management for delivery of primary health care according to Alma-Ata principles. Rev Panam Salud Publica. [Internet]. 2018 [accessed 05 out 2019]; 42. Available from: <http://dx.doi.org/10.26633/>

[RPSP.2018.175.](#)

10. Araújo LUA de, Gama ZA da S, Nascimento FLA do, Oliveira HFV de, Azevedo WM de, Almeida Júnior HJB de. Evaluation of the quality of primary health care from the perspective of the elderly. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet]. 2014 [accessed 15 out 2019]; 19(8). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.21862013>.
11. Placideli N, Castanheira ERL. Elderly people's health care and aging in a primary care services network. *Kairós Gerontol*. [Internet]. 2017 [accessed 02 out 2019]; 20(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i2p247-269>.
12. Oliveira MR de, Veras RP, Cordeiro H de A. The importance of the gateway in the system: the integral model of care for the elderly. *Physis*. [Internet]. 2018 [accessed 08 out 2019]; 28(4). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312018280411>.
13. Lapão LV, Arcêncio RA, Popolin MP, Rodrigues LBB. The role of primary healthcare in the coordination of health care networks in Rio de Janeiro, Brazil, and Lisbon region, Portugal. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet]. 2017 [accessed 20 set 2019]; 22(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.33532016>.
14. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. [Internet]. 2007 [accessed 25 set 2019]; 19(6). Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>.
15. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. 3. ed. Thousand Oaks: Sage; 2008.
16. Charon JM. *Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1989.
17. Prado NM de BL, Santos AM dos. Health promotion in primary health care: systematization of challenges and intersectoral strategies. *Saúde debate*. [Internet]. 2018 [accessed 27 set 2019]; 42(spe1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018S126>.
18. Placideli N, Ruiz T. Continuing education in gerontology for community health agent. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. [Internet]. 2015 [accessed 27 nov 2019]; 10(36). Available from: [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(36\)948](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(36)948).
19. Guedes MBOG, Lima KC, Caldas CP, Veras RP. Social support and comprehensive health care for the elderly. *Physis*. [Internet]. 2017 [accessed 30 set 2019]; 27(4). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000400017>.
20. Sousa MRMGC de, Martins T, Pereira F. Reflecting on the practices of nurses in approaching the person with a chronic illness. *Rev Enf Referência*. [Internet]. 2015 [accessed 10 set 2019]; IV(6). Available from: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14069>.
21. Peixoto SV, Mambrini JV de M, Firmo JOA, Loyola Filho AI de, Souza Junior PRB de, Andrade FB de, Lima-Costa MF. Physical activity practice among older adults: results of the ELSI-Brazil. *Rev. Saúde Pública*. [Internet]. 2018 [accessed 12 set 2019]; 52(supl 2). Available from: <http://dx.doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000605>.
22. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Quality of primary health care in Brazil: advances, challenges and perspectives. *Saúde debate*. [Internet]. 2018 [accessed 10 out 2019]; 42(spe1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018S114>.
23. Norman AH, Tesser CD. Access to healthcare in the family health strategy: balance between same day access and prevention/health promotion. *Saude soc*. [Internet]. 2015 [accessed 15 out 2019]; 24(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100013>.
24. Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde. Hiperdia - Sistema de cadastramento e acompanhamento

de hipertensos e diabéticos. [Internet]. MS; 2008 [accessed 10 out 2019]. Available from: <http://siab.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060304>.

25. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A, Silva EV da. Essential attributes of primary health care: national results of PMAQ-AB. Saúde debate. [Internet]. 2018 [accessed 23 out 2019]; 42(spe1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018S104>.

Recibido en: 03/12/2020

Aprobado en: 07/02/2022

Editor asociado: Luciana Puchalski Kalinke

Autor correspondiente:

Nádia Placideli Ramos

Universidade Estadual de São Paulo – Botucatu, SP, Brasil

E-mail: nadiaplacideli@gmail.com

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - Ramos NP, Bocchi SCM; Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - Ramos NP, Bocchi SCM. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).