

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM GESTÃO E ATENÇÃO
HOSPITALAR NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Cristina Dalmolin

**A ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NA RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE NO ÂMBITO HOSPITALAR: UM
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Santa Maria, RS
2022

Cristina Dalmolin

**A ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DE
SAÚDE NO ÂMBITO HOSPITALAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Artigo de Conclusão apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Crônico-Degenerativo.

Orientadora: Prof^a. Dr.^a Ângela Kemel Zanella

Santa Maria, RS
2022

CRISTINA DALMOLIN

A ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE NO ÂMBITO HOSPITALAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Crônico-Degenerativo.**

Aprovado em 24 de fevereiro de 2022.

**Ângela Kemel Zanella, Prof.ª Dr.ª (UFSM)
(Presidente/ Orientador)**

Katiane Schimitt Dalmonte, Esp. (HUSM/EBSERH)

Karine Winterhalter, Esp. (HUSM/EBSERH)

Santa Maria, RS.
2022

A Atuação do nutricionista na Residência Multiprofissional de Saúde no Âmbito Hospitalar: Um Relato de Experiência

The Performance of the Nutritionist in the Multiprofessional Health Residence in the Hospital Scope: An Experience Report

Cristina Dalmolin¹; Ângela Kemel Zanella²

Resumo: A Residência Multiprofissional em Saúde constitui uma estratégia de formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de uma abordagem diferenciada. O presente artigo trata-se de um relato de experiência originado da vivência da nutricionista residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase Gestão e Atenção hospitalar na área de concentração crônico-degenerativo, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), durante realização das atividades práticas entre o período de março a novembro de 2021, em um Hospital de alta complexidade localizado na cidade de Santa Maria - Rio Grande do Sul. O relato é dividido em três partes: Pacientes referenciados e a atenção nutricional; Ações vivenciadas nos ambulatórios e no Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD); e, Reflexões geradas após a vivência e sugestões de melhorias. A gestão de alta envolve um plano que tem por objetivo melhorar a eficiência, a qualidade do serviço de saúde e prevenir reinternações. A oferta de alimentação adequada e saudável é fundamental nos processos de recuperação da saúde e prevenção de novos agravos. É necessário criar formas para facilitar o encaminhamento nos ambulatórios multi para os médicos e também no pedido de consultorias dentro do hospital. As vivências no dia a dia no ambiente hospitalar permitem ao residente nutricionista reconhecer a importância substancial da atuação de cada profissão ao juntar os saberes específicos para a melhor condução/intervenção. Conclui-se que a diversidade de cenários e a complexidade das situações vivenciadas na Residência preparam o profissional para os desafios de sua futura atuação no SUS.

Palavras-chave: Ambulatórios. Equipe Multiprofissional. Gestão de Alta. Terapia Nutricional.

Abstract: The Multiprofessional Residency in Health is a strategy for training human resources for the Unified Health System (SUS), through a differentiated approach. This article is an experience report originated from the experience of a resident nutritionist of the Multiprofessional Residency Program in Health with emphasis on Hospital Management and Care in the area of chronic-degenerative concentration, of the Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), during practical activities between March and November 2021, in a high complexity Hospital located in the city of Santa Maria - Rio Grande do Sul. The report is divided in three parts: Referred patients and nutritional care; Actions experienced in outpatient clinics and in the Home Care Service (SAD); and, Reflections generated after the experience and suggestions for

¹ Nutricionista, Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde - UFSM/HUSM.

² Fisioterapeuta, Dr.^a em Gerontologia Biomédica - PUCRS; Professora Adjunta do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM.

improvements. Discharge management involves a plan that aims to improve the efficiency and quality of the health service and prevent readmissions. The supply of adequate and healthy food is fundamental in the processes of health recovery and prevention of new diseases. It is necessary to create ways to facilitate referral in multi-outpatient clinics to doctors and also in the request for consultations within the hospital. Day-to-day experiences in the hospital environment allow the nutritionist resident to recognize the substantial importance of the performance of each profession by bringing together specific knowledge for the best conduct/intervention. It is concluded that the diversity of scenarios and the complexity of the situations experienced in the Residence prepare the professional for the challenges of his future performance in the SUS.

Keywords: Outpatient Clinics. Multiprofessional Team. Discharge Management. Nutritional Therapy.

*O presente artigo será submetido para a revista científica Textos & Contextos, estando formatado de acordo com as suas normas.

SUMÁRIO

1 Introdução	6
2 Metodologia	8
3 Resultados e Discussão	9
3.1 Pacientes referenciados e a atenção nutricional	9
3.2 Ações vivenciadas nos ambulatórios e no SAD	12
3.3 Reflexões geradas após a vivência e sugestões de melhorias	14
4 Considerações finais.....	15
5 Referências	16

1 Introdução

A Residência Multiprofissional Integrada em Gestão Hospitalar no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) é uma modalidade de pós-graduação *lato sensu*, norteadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como objetivo desenvolver os profissionais para atuarem de modo não apenas interdisciplinar, mas também intersetorial e interinstitucional, constituindo a lógica da “tríplice integração”. A proposta, segundo o Projeto Pedagógico, é desenvolver uma modalidade de residência que promova a articulação entre serviços e ações de saúde com outras políticas públicas, visando a construção de caminhos para a integralidade da assistência, com repercussão mais efetiva na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2013).

O SUS, resultado de um processo de lutas coletivas protagonizado pela Reforma Sanitária Brasileira e assegurado pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), é considerado a maior política pública de saúde do país. Por meio de seus princípios e diretrizes, busca garantir uma abordagem ampliada e contextualizada de saúde, além de possibilitar acesso universal, equânime e integral, embora esta ainda não seja uma realidade em vários cenários brasileiros (BRASIL, 2013). Sob esse enfoque, a saúde deve ser compreendida a partir de uma concepção sócio ecossistêmica, na qual diferentes sistemas sociais se articulam no sentido de proporcionar o viver saudável de indivíduos, famílias e comunidades (SIQUEIRA et al., 2018).

No sentido de ampliar o acesso universal, garantir a integralidade e continuidade do cuidado, o Ministério da Saúde (MS) promulgou, em 2013, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), a qual estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS). É importante salientar que as redes não se resumem a um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações (MENDES, 2011).

A Política considera os hospitais além de seu papel assistencial, sendo que, enquanto integrantes das RAS, devem atuar e se constituírem como espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a rede. No campo da assistência hospitalar, é fundamental colocar em prática a clínica ampliada e a gestão da clínica, que devem ser a base do cuidado, com a implementação de equipes multiprofissionais de referência, de forma a assegurar o vínculo entre a equipe, o usuário e os familiares (BRASIL, 2013; PEITER et al., 2019).

A clínica ampliada é um dispositivo de atenção à saúde, centrado nas necessidades do usuário e no seu contexto (BRASIL, 2013). A ampliação da clínica busca, além da produção de saúde por meios curativos, preventivos e de reabilitação, o aumento do grau de autonomia dos usuários (CAMPOS; AMARAL, 2007). Nesse contexto, destaca-se os sujeitos acometidos por doenças crônicas, tendo em vista a importância da clínica ampliada para o empoderamento e a responsabilização desses, a fim de que compreendam que a promoção da saúde e adoção de modos de vida saudáveis estão diretamente relacionados com o controle dessas patologias (BRASIL, 2009).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas aquelas de origem multifatorial que geralmente aparecem de forma gradual, apresentam evolução

lenta, não possuem um prognóstico claro, comumente não há cura, e, a longo prazo, podem levar ao desenvolvimento de comorbidades (BRASIL, 2013; MALTA et al., 2018). O grupo das DCNT é composto pelas doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, dislipidemias, diabetes mellitus, doenças respiratórias obstrutivas e neoplasias (PLACA, WANDERBROOKE, POLLI, 2020).

No Brasil, em 2019, as DCNT foram responsáveis por 54,7% dos óbitos registrados e por 11,5% dos agravos. Elas são causadas por vários fatores ligados às condições de vida dos sujeitos, como, por exemplo: acesso a bens e serviços públicos, garantia de direitos, informação, emprego e renda, entre outros. Os principais fatores de risco comportamentais para o adoecimento por DCNT são: tabagismo, consumo de álcool, alimentação não saudável e inatividade física (BRASIL, 2021).

As condições crônicas podem apresentar, em determinados períodos, eventos agudos, decorrentes de sua agudização, muitas vezes, causados pelo seu manejo inadequado (MENDES, 2011). Essas situações, por vezes, resultam na necessidade de internação hospitalar para tratamento da complicação (BRASIL, 2013). A fim de evitar a recorrência, é necessário que haja um planejamento de alta, visando a integralidade, continuidade do cuidado e tratamento do doente crônico por meio de uma alta segura (POMPEO et al., 2007). O plano de alta visa garantir a continuidade do cuidado, após a hospitalização, no território, devendo ser um processo multidisciplinar, contando com o suporte de vários profissionais para orientar o paciente e também a sua família (WERNER, 2017).

A equipe multiprofissional de residentes 2020/2022 em Gestão Hospitalar do Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM é composta por diversos profissionais (assistente social, farmacêutica, fonoaudióloga, dentista, nutricionista e psicólogo) que atuam no trabalho em conjunto para realizar o cuidado integral dos usuários com doenças crônicas. Esse cuidado deve visar uma abordagem completa, holística, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde, que, por um certo período, precise de cuidados hospitalares. A integralidade do cuidado no hospital diz respeito ao trabalho de toda a equipe, que é, por natureza, multidisciplinar (OLIVEIRA, ARAÚJO, MAZER, 2020).

O papel do nutricionista residente multiprofissional, no planejamento da alta hospitalar, tem o intuito de auxiliar nessa alta hospitalar segura e contribuir para evitar novas reinternações. O cuidado nutricional, entendido como um processo que busca sanar as diferentes necessidades nutricionais de uma pessoa, utiliza a dietoterapia como um meio capaz de promover a prevenção e contribuir no tratamento dessas patologias (ADA, 1994; PEDROSO, SOUSA, SALLES, 2011; ALVARENGA, DIAS, 2019). Ademais, a dietoterapia busca recuperar o estado nutricional do paciente que pode ser por via oral, oral associada a enteral, enteral exclusiva ou até mesmo parenteral, de acordo com a necessidade do paciente (BAXTER et al., 2017).

Em contrapartida, pacientes crônicos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e oncológicos, na maioria das vezes, estão desnutridos e necessitam de uma via alimentar alternativa, inclusive na alta hospitalar. Vários estudos demonstram os benefícios em estabelecer precocemente planos de alta e de cuidados estruturados e individualizados, baseados nas necessidades e condições clínicas e nutricionais dos pacientes. O planejamento centrado no indivíduo contribui para continuidade da atenção, a qual depende do comprometimento do paciente/cuidador, e exige comunicação e ação coordenada da equipe responsável pelo tratamento para garantir a terapia nutricional e acompanhamento adequado. Nesse sentido, a referência do paciente para a rede, como os ambulatórios, pode auxiliar nos cuidados

e fazer a diferença na recuperação do estado nutricional e estado geral de saúde (GONÇALVES et al., 2020; GONÇALVES-BRADLEY et al., 2016).

Portanto, o presente artigo propõe apresentar um relato de experiência da atuação da nutricionista em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. A partir disso, busca-se enfatizar as potencialidades e os desafios de um fazer coletivo em equipe multiprofissional tanto no âmbito da atenção terciária à saúde quanto aos encaminhamentos desses usuários para a rede de atenção primária.

2 Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, qualitativo, de caráter descritivo, compreendido por um relato de experiência originado da vivência da nutricionista residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase Gestão e Atenção hospitalar, área de concentração: Crônico-degenerativo, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), durante realização das atividades práticas entre o período de março a novembro de 2021, em um Hospital Universitário de alta complexidade localizado na cidade de Santa Maria - Rio Grande do Sul.

As atividades foram desenvolvidas na unidade de internação da Clínica Médica II, Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD) e ambulatórios de Terapia Nutricional do Adulto Via Oral (ATNO) e no de Terapia Nutricional do Adulto/Idoso com sonda (ATNS) que fazem parte da rotina de formação em serviço.

Os critérios para os atendimentos de pacientes no ATNO incluíram: usuários com perda de peso grave, baixa aceitação alimentar, referenciados no pós-alta hospitalar, interconsulta médica, encaminhados por outros ambulatórios da nutrição (radioterapia e quimioterapia), entre outros. Já, os critérios para acompanhamento no ATNS somam-se aos citados anteriormente, o uso de via alimentar alternativa exclusiva ou associada a alimentação via oral. Os pacientes que não se enquadram no pós-alta hospitalar ou aqueles encaminhados de outros ambulatórios da nutrição, é realizada uma triagem pela chefia da nutrição, tendo como base a justificativa da solicitação da marcação e as informações do prontuário médico via Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU). Salienta-se que não há uma formalização dos critérios mencionados acima no Manual de gerenciamento de rotina: Unidade de Nutrição Clínica do serviço (HUSM, 2020).

Dentre os parâmetros para a vinculação no SAD estão os critérios médicos, os quais consistem em: avaliar o paciente e discutir com médico assistente a fim de verificar se paciente preenche critério clínico para captação (presença de estabilidade clínica, sem necessidade de monitoração contínua ou propedêutica avançada, sem condições de seguimento ambulatorial e aceitação do serviço); avaliar necessidade de uso de tecnologias (sonda de demora/alívio, sonda nasoenteral/gastrostomia, traqueostomia, oxigenioterapia, entre outras e revisar com a equipe assistente a sua manutenção, previsão, troca ou suspensão); e, elaborar plano terapêutico individualizado, mediante discussão com equipe interdisciplinar do serviço e equipe assistente (HUSM, 2018). Além disso, o usuário deve residir no município de Santa Maria e possuir uma pessoa responsável pelos seus cuidados. O atendimento nutricional se estende ao período de vinculação do usuário no serviço até a sua reabilitação e/ou alta, momento em que é contra referenciado para a rede ou para os ambulatórios de nutrição mantidos pelo hospital.

Dessa forma, a partir da vivência como residente, são apresentadas algumas atividades experienciadas nesses locais, apoiando tais relatos e reflexões nos artigos

científicos provenientes das revistas indexadas e de informações advindas do Ministério da Saúde.

3 Resultados e Discussão

O presente relato foi estruturado em três partes: a primeira parte discorre sobre a definição dos pacientes referenciados para os ambulatórios e para o SAD, além de abordar a atenção nutricional aos pacientes atendidos nos locais citados; a segunda se refere às ações vivenciadas nos ambulatórios e no SAD; e a terceira trata das reflexões geradas após a vivência dessa experiência e sugestões de melhorias.

3.1 Pacientes referenciados e a atenção nutricional

Os encaminhamentos dos usuários para o setor terciário são realizados por meio do Sistema de Gerenciamento de Internações (Gerint), o qual permite uma qualificação na busca por vagas a partir de um mapa de ocupação dos leitos em tempo real. Essa regulação ocorre sob supervisão da Secretaria Estadual da Saúde (SES) que realiza a regulação do acesso aos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, Pediátrico e Adulto por meio de uma central no Complexo Estadual Regulado (SES/RS, 2021).

A regulação do acesso aos leitos cirúrgicos ainda está sendo estruturada pelo Estado. Atualmente, é realizada diretamente pelos serviços de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), com auxílio das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e de centrais de leitos municipais de cidades pólo para esse tipo de atendimento (SES/RS, 2021).

Grande parte dos pacientes, referenciados ao HUSM, dão entrada no Pronto Socorro Adulto (PS) até conseguir leito no andar mais indicado para a sua condição clínica. Os pacientes adultos e idosos crônicos, de modo geral, são admitidos na Clínica Médica II/5º andar, sendo que durante a interação são acompanhados pela equipe multiprofissional.

As DCNTs constituem o grupo de doenças de maior magnitude no mundo, atingindo, especialmente, as populações mais vulneráveis, como as de média e baixa renda e escolaridade, devido a maior exposição aos fatores de risco ou ao acesso restrito às informações e aos serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). A internação hospitalar resulta, na maioria das vezes, na agudização dessas doenças (BRASIL, 2013).

O cuidado dos usuários no processo de agudização requer, na maioria das vezes, o atendimento de uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2013). As ações dos residentes multiprofissionais, na unidade de internação, são compostas por atendimentos individualizados ou compartilhados, seguidos da discussão dos casos com os profissionais de referência, com o intuito de estabelecer a articulação com a rede de cuidados.

No campo da prática, o residente procura realizar suas atividades de forma conjunta e compartilhada com outro profissional de área distinta à sua. No momento em que são identificadas demandas além da sua competência, o encaminhamento é direcionado para o profissional mais indicado. Destaca-se que apesar do trabalho ser realizado em equipe, cada profissional possui a sua individualidade, não interferindo na atuação do outro, mas contribuindo para o desenvolvimento da prática multiprofissional em benefício do usuário.

As especificidades dos diferentes profissionais permitem o aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação. Já, a articulação dos diferentes saberes possibilita diversificar os olhares sobre um mesmo objeto, o que amplia as possibilidades de intervenção e cuidado. Ao mesmo tempo, existem saberes comuns que levam a ações comuns e que flexibilizam a divisão do trabalho (PEDUZZI, 2001).

A articulação da equipe multiprofissional ocorria após os atendimentos individuais do núcleo profissionais, onde eram identificadas demandas que abrangiam as demais áreas; bem como, durante a triagem multiprofissional realizada em conjunto pelos residentes, na ocasião da revisão dos prontuários e também no levantamento de informações a beira leito.

Por conseguinte, a atuação multiprofissional aconteceu ainda na gestão da Alta (GA) hospitalar. A GA é um processo complexo e multidisciplinar que envolve diferentes elementos, sendo enfatizado a troca e a coordenação de informações em tempo hábil entre a equipe multidisciplinar, a família e o paciente (TYLER et al., 2014; WEISS et al., 2015). Ela envolve um plano de alta que tem por objetivo melhorar a eficiência e a qualidade do serviço de saúde, reduzindo os gastos do hospital, facilitando a transferência a outro local de menor complexidade e/ou pós-alta para seguimento do cuidado e informando ao paciente sua condição e suas necessidades (GONÇALVES-BRADLEY et al. 2016). Em contrapartida, para os usuários, a alta planejada significa menor probabilidade de eventos adversos evitáveis como, erros de medicação, quedas e infecções pós-operatórias e oportunistas, e quando é realizada com qualidade reduz a taxa de reinternação (MARTIRES, 2020).

As reuniões de GA iniciaram efetivamente no período da Pandemia (a partir de março de 2021), ocorrendo nas quintas-feiras, sendo elencados os pacientes em alta permanência hospitalar (mais de 20 dias de internação). Os residentes multiprofissionais passavam os casos para representantes da equipe médica, Núcleo Interno de Regulação (NIR), eram levantadas as demandas dos pacientes e, quando necessário, se sugeria o auxílio do apoio clínico.

Salienta-se que o objetivo principal da GA é dinamizar o fluxo dentro do hospital, realizando um planejamento da alta específico para cada paciente. O grupo de residentes participava ativamente do processo, realizando os encaminhamentos, orientações e contatos com a rede, tendo o propósito principal o bem estar do paciente.

No que se refere à área da nutrição, durante a internação hospitalar é fundamental promover a articulação entre o acompanhamento clínico e o acompanhamento nutricional, tendo em vista a relevância do estado nutricional para a evolução clínica dos pacientes. Assim, a interação dos serviços de produção de refeições com os serviços de terapia nutricional é imprescindível, entendendo que a oferta de alimentação adequada e saudável é componente fundamental nos processos de recuperação da saúde e prevenção de novos agravos nos indivíduos hospitalizados (BRASIL, 2013).

Nessa perspectiva, a atuação no núcleo da nutrição ocorreu conforme a rotina já estabelecida pelo serviço da unidade de internação. As atividades foram supervisionadas pela nutricionista responsável pelo 5º andar, a qual também era preceptora do Programa de Residência. As visitas à beira do leito eram realizadas diariamente a fim de adaptar a dieta de acordo com as doenças, sintomas, intolerâncias e preferências alimentares dos pacientes.

Os usuários com alimentação por via oral eram monitorados por meio da aceitação alimentar via oral (VO), sendo os que apresentavam uma aceitação menor

que 100% das refeições ofertadas compreendiam alguns ajustes/substituições no cardápio e, dependendo da condição clínica a suplementação alimentar VO era iniciada. A suplementação escolhida pode ser na fórmula líquida, em pó ou em ambas associadas. Além disso, quando a ingesta alimentar VO é menor do que 80% se inicia o complemento alimentar.

A Suplementação Nutricional Oral (SNO) está indicada em casos onde a ingestão oral está entre 60% a 80% das necessidades nutricionais diárias, em indivíduos que apresentam perda de peso significativa ou quando ocorre ingestão insuficiente de nutrientes num período de 5 a 7 dias de hospitalização (BAXTER et al., 2017).

De modo geral, a suplementação nutricional oral tem como objetivo complementar as necessidades nutricionais, quando o paciente não é capaz de suprir, no momento, por VO por qualquer motivo. Os métodos específicos de inquéritos alimentares e entrevistas auxiliam para definir a condição dietético-nutricional do doente e elaborar o plano de cuidados e seguimento até a reabilitação nutricional (BAXTER et al., 2017).

A via alimentar alternativa (sonda nasointestinal, gastrostomia ou jejunostomia) é sugerida à equipe médica no momento em que o usuário não responde a terapia nutricional VO. A terapia nutricional enteral (TNE) é indicada quando há risco de desnutrição, isto é, quando a ingestão oral for <60% das necessidades nutricionais diárias. Mas uma situação essencial para a indicação de TNE é quando o trato digestório estiver total ou parcialmente funcionando, e logo que for verificada a necessidade de utilizá-la por pelo menos 5 a 7 dias. Ainda, a previsão de jejum superior a 3 dias, em pacientes críticos, constitui indicação de TNE segundo as diretrizes da European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) (VASCONCELOS, 2019).

Assim, a intervenção nutricional busca prevenir e/ou conter o avanço da desnutrição, a qual pode ser definida como um estado de nutrição agudo, subagudo ou crônico. Ela é consequência da deficiência de nutrientes que podem causar alterações na composição corporal, funcionalidade e estado mental com prejuízo no desfecho clínico. Pode ser causada pelos seguintes fatores: privação alimentar, doenças, idade avançada, isolados ou combinados; e, é uma condição frequentemente encontrada no ambiente hospitalar (MUELLER et al., 2011; SILVA, 2018, TOLEDO et al., 2018).

As principais complicações da desnutrição são: pior resposta imunológica, atraso no processo de cicatrização, risco elevado de complicações cirúrgicas e infecciosas, maior probabilidade de desenvolvimento de lesões por pressão, aumento no tempo de internação e no risco de mortalidade. Além disso, resulta em um considerável aumento dos custos hospitalares (TOLEDO et al., 2018).

Em se tratando da avaliação antropométrica, a altura é aferida e/ou estimada na primeira abordagem e o peso aferido e/ou estimado é conferido semanalmente como um dos parâmetros para avaliar a terapia nutricional adotada. O papel do nutricionista é atender esses usuários, realizar o acompanhamento nutricional durante a permanência no hospital, fornecer orientação nutricional na alta hospitalar e encaminhar para o seguimento do tratamento nos ambulatórios de terapia nutricional ou para o SAD.

Desse modo, o serviço de nutrição busca atender esses usuários e realizar o acompanhamento durante a permanência no hospital. O seguimento do tratamento é feito nos ambulatórios de terapia nutricional nos casos em que são identificados os seguintes fatores: perda de peso grave, utilização de suplementação alimentar por

longo período associada à condição clínica (por exemplo: paciente oncológico, paciente com complicação neurológica, entre outros) e uso de via alimentar alternativa (sonda).

Os encaminhamentos para o SAD decorrem por indicação médica. A atenção domiciliar (AD) é considerada um componente do *continuum* dos cuidados à saúde, pois os serviços são oferecidos ao indivíduo e a sua família em suas residências com o objetivo de promover, manter ou restaurar a saúde, maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças, incluindo aquelas sem perspectivas de cura (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006).

Durante o período de vinculação ao SAD é o momento no qual as condutas nutricionais e orientações fornecidas na alta são reforçadas. Na maioria das vezes, os familiares/cuidadores demonstraram dúvidas em relação à alimentação do paciente, principalmente se a dieta ocorre por via sonda. Foi necessário retomar as orientações nutricionais, realizando uma outra abordagem e demonstrando a forma mais indicada de administração da alimentação enteral. Outrossim, um desafio encontrado foram os encaminhamentos para a Farmácia de Medicamentos Especiais do Estado tiveram que ser refeitos, pois o responsável pelos cuidados acabava perdendo os papéis ou demorando para entregar a documentação e esquecendo o prazo.

O processo de desospitalização é realizado conforme o quadro clínico do indivíduo, ou seja, a alta é concedida no momento em que o usuário apresenta condições clínicas de receber o acompanhamento no ambulatório ou no domicílio. O objetivo é minimizar efeitos indesejáveis para o paciente, como a vulnerabilidade a infecções hospitalares, bem como reduzir os gastos, podendo ser utilizados cuidados de saúde de menor densidade tecnológica (BRASIL, 2015; BRASIL, 2020).

Salienta-se que a alta hospitalar nem sempre ocorre quando há a recuperação total do estado nutricional ou da capacidade plena de se alimentar e realizar a utilização biológica dos nutrientes. Assim, a promoção de uma melhor qualidade de vida aos indivíduos com necessidades alimentares especiais após alta hospitalar deve considerar também os aspectos subjetivos que envolvem a alimentação (BRASIL, 2015).

No SAD, a atuação da residente nutricionista consiste em monitorar a terapia nutricional orientada na alta hospitalar, bem como realizar alterações na terapia, conforme a evolução clínica do usuário. A conduta nutricional adotada leva em conta as considerações da equipe multiprofissional, sempre buscando atuar em parceria com ela e visando o bem estar do indivíduo.

Destaca-se como potencialidades do SAD: a discussão dos casos em reuniões multiprofissionais que ocorrem semanalmente, as visitas em equipe com profissionais de diferentes áreas, o acolhimento do serviço, a atuação dos residentes, o ambiente que propicia trocas e aprendizado diário. Entretanto, o desafio a ser superado é o entendimento pela equipe do papel do nutricionista, o qual cabe exclusivamente a ele definir volume e fórmula nutricional mais indicada.

Reforça-se a ideia de que a complexidade do indivíduo requer o trabalho multiprofissional considerando o ambiente em que ele está inserido e a sua condição clínica, social e afetiva. O trabalho da equipe deve respeitar valores éticos e humanos e a autonomia individual. Além de estabelecer vínculos, de modo que o centro de sua atenção seja o cuidado integral, e não apenas os procedimentos técnicos (BRASIL, 2015).

3.2 Ações vivenciadas nos ambulatórios e no SAD

A atuação no ambulatório visa acompanhar o paciente no pós-alta, revendo as orientações nutricionais fornecidas na alta hospitalar, identificar quais são as barreiras para a continuidade do cuidado nutricional em domicílio e, partir disso, traçar novas estratégias, com a finalidade de recuperar e/ou manter o estado nutricional saudável. Para mais, soma-se como meta evitar a desmotivação do usuário com o tratamento e contribuir com a continuidade do cuidado.

Atuar no ATNO possibilitou atender pacientes das mais diversas patologias. Há casos muito complexos, como, por exemplo: câncer hepático, doença de Crohn, transtorno alimentar, entre outros, que demandam muito estudo e discussão das condutas nutricionais com os preceptores. Conforme rotina, os usuários agendados têm seu prontuário médico revisado pela nutricionista residente antes da consulta, momento em que é traçada uma pré-abordagem do atendimento, tendo como suporte a literatura científica.

No decorrer da consulta nutricional é realizada a avaliação antropométrica: peso e altura, os quais podem ser aferidos e/ou estimados (altura do joelho e circunferência do braço). Há uma ficha de atendimento ambulatorial na qual o usuário é questionado em relação a sua alimentação (horários, frequência das refeições/dia, tipos de alimentos que costuma consumir, quantidade), se usa suplementação alimentar (tipo e quantidade/dia), a ingesta hídrica, sintomas gastrointestinais, se possui exames laboratoriais recentes, além de outras indagações relevantes segundo cada caso.

Após o levantamento dessas informações, é definida a conduta nutricional que consiste no reforço das orientações nutricionais conforme condição clínica: indicação de suplementação alimentar, manutenção ou suspensão. É fornecido o agendamento para retorno ambulatorial consoante a demanda individual. Ainda, de acordo com a necessidade do usuário é realizado encaminhamento por escrito para a equipe médica de referência.

Para os usuários reabilitados nutricionalmente é fornecida a alta ambulatorial e orientado o seguimento do acompanhamento na unidade de saúde mais próxima de sua residência. Também é deixado à disposição o ramal telefônico da secretaria de nutrição para eventuais imprevistos e/ou dificuldade de atendimento nutricional em outros locais. Observou-se alguns obstáculos no referenciamento de pacientes para as unidades de saúde, em especial, do município de Santa Maria, pois a falta de profissionais nutricionistas faz com que a linha de cuidado de DCNT não seja efetivada em sua totalidade. De acordo com o Portal de Transparência do município citado, há 4 profissionais nutricionistas: 2 na Secretaria Municipal de Saúde (sendo que 1 atua na gestão como secretária adjunta), 1 na Secretaria Municipal de Educação e 1 na Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (PMSM, 2022).

Nesse sentido, é importante destacar a Linha de cuidado de DCNT, a qual possui como um de seus objetivos definir e implementar protocolos e diretrizes clínicas com base em evidências de custo-efetividade, vinculando os portadores ao cuidador e à equipe da Atenção Básica, garantindo a referência e contrarreferência para a rede de especialidades e hospitalar, favorecendo a continuidade do cuidado (BRASIL, 2013).

O ATNS realiza o acompanhamento nutricional dos pacientes que recebem alta hospitalar com via de alimentação alternativa, ou seja, nutrição enteral. Segundo estudo de Ginzburg e colaboradores (2018) observaram que 65% dos pacientes não aderiram às recomendações nutricionais no primeiro mês pós-alta hospitalar. Para ter maior adesão às orientações nutricionais, o plano de alta hospitalar nutricional

planejada deve ser monitorado, supervisionado e adaptado às necessidades dos pacientes.

O ambulatório visa acompanhar esses pacientes e reforçar as orientações nutricionais. Assim como entregar encaminhamento de Laudo de Fórmula Nutricional, quando necessário. O ambulatório foi um espaço muito rico de aprendizado, no qual surgiram casos que demandaram encaminhamentos para outros profissionais, como fonoaudiologia, enfermagem e médico.

Os encaminhamentos para a equipe multiprofissional, em especial, para a fonoaudióloga, ocorreram por meio de agendamento no ambulatório conforme a grade disponível e contato com a profissional pelo WhatsApp. Já para a equipe médica se deram de maneira escrita em receituário para o paciente entregar ao médico.

Um dos nós críticos observados pela residente são os fluxos dos ambulatórios, sendo que poderia estar mais acessível a equipe multiprofissional a solicitação de interconsulta para atendimento médico e um retorno desses profissionais. Cita-se como exemplo um episódio ocorrido durante o atendimento de um paciente que já estava apto a retirar a gastrostomia e não se sabia para quem referenciar naquele momento, sendo que o recurso foi sair do local de atendimento e recorrer ao PS buscando um atendimento médico.

Nesse sentido, é fundamental criar formas para facilitar o encaminhamento nos ambulatórios multi para os médicos e também no pedido de consultorias dentro do hospital, pois, muitas vezes, percebe-se a facilidade em só uma das vias e ocorrem falhas no retorno, as quais necessitam ser sanadas.

3.3 Reflexões geradas após a vivência e sugestões de melhorias

A residência multiprofissional é capaz de promover uma formação voltada para o mundo do trabalho preparando o profissional para reconhecer as necessidades de saúde da população e propondo soluções aos problemas de saúde, tendo em vista os determinantes e os condicionantes que enfrentam no cotidiano laboral.

Por conseguinte, o processo de aprendizagem é capaz de agregar a teoria com a prática. Grande parte da formação profissional é voltada para o núcleo profissional sem muito contato com o trabalho em equipe multi e no momento de uma residência ocorre a interdisciplinaridade e o entendimento da importância que cada núcleo profissional possui para o bem estar do paciente.

O núcleo da nutrição possui um diferencial no suporte às residentes nutricionistas no âmbito hospitalar. Os preceptores sempre estão nos campos de práticas e fornecem o suporte quando necessário. A residente possui autonomia para realizar o atendimento ao paciente e, ao mesmo tempo, sabe que se precisar discutir o caso/conduta o preceptor está presente e disponível para tal. Dessa forma, o núcleo proporciona espaço para crescimento/amadurecimento profissional.

Como um dos nós críticos destaca-se a falta de preceptor de campo na unidade do 5º andar. O papel do preceptor de campo é contribuir na comunicação entre os residentes multiprofissionais e a equipe do serviço, sendo que a ausência desse profissional de referência, de certa forma, tornou o engajamento com o setor um pouco laborioso. Ademais, a saída da residente de enfermagem também contribuiu para o distanciamento dos residentes à equipe, pois não tinha essa referência.

Sugere-se continuar os *rounds* de discussão de casos do andar, porém com a participação dos médicos, enfermagem, demais profissionais do andar, residentes médicos e multi. Esse procedimento deve ter o intuito de conhecer as admissões da enfermagem, identificar os pacientes que demandam encaminhamentos e planejar uma

alta hospitalar segura, pois, na maioria das vezes, ficavam a cargo dos residentes e tinham um envolvimento tímido dos profissionais do serviço.

O SAD foi um campo de atuação em que foi possível acompanhar os pacientes no domicílio na fase de reabilitação. Pelo fato de possuir uma nutricionista de referência, possibilitou espaço para um acompanhamento mais próximo e discussão dos casos clínicos.

Entretanto, devido ao curto período de tempo destinado ao acompanhamento no Serviço, acabaram resultando em falhas na vivência das visitas aos usuários com os demais membros da equipe, ficando restrito, geralmente, a atuação do núcleo profissional. Dessa forma, como sugestão é pensar a escala do residente para a atuação e vivência na equipe como um todo, destinando para isso uma carga horária maior para o SAD.

Em relação à participação nos ambulatórios como proposta é a construção de um procedimento operacional padrão (POP) de maneira que esclareça os fluxos dos encaminhamentos e que também possa facilitar a solicitação de interconsulta quando for necessária.

Além dos pontos mencionados acima, ressalta-se a vinculação dos usuários na rede de atenção à saúde, em especial a contrarreferência para a atenção básica, pois devido às barreiras encontradas, como: falta de profissionais de nutrição, os usuários, que poderiam ter a continuidade do atendimento na rede, acabam seguindo com atendimentos nutricionais no Hospital. Assim, o fortalecimento da atenção básica é primordial com vistas a garantir um atendimento mais próximo desses usuários e atuando na prevenção e promoção da saúde, conforme o preconizado pelo SUS.

4 Considerações finais

A atuação do nutricionista no campo multiprofissional é enriquecedora. O cuidado nutricional é capaz de contribuir na recuperação do paciente e em futuras reinternações. Por meio da alimentação é possível garantir aos pacientes crônicos mais qualidade de vida, minimizando sintomas e complicações. Além disso, o nutricionista possui um papel fundamental ao orientar e apoiar a mudança comportamental desses usuários como também indica os alimentos e o modo adequado de prepará-los, o melhor momento para ingeri-los, a quantidade ideal, entre outros.

O processo de compartilhar os saberes e as trocas entre as diferentes especificidades amplia o olhar de cada profissional e resulta no objetivo comum e central do cuidado integral ao paciente. As vivências no dia a dia no ambiente hospitalar permitiram ao residente nutricionista reconhecer a importância substancial da atuação de cada profissão ao juntar os saberes específicos para a melhor condução/intervenção. Portanto, o trabalho visto numa visão multiprofissional é capaz de transformar o ambiente e promover a busca por soluções que priorizem um olhar integrado e comprometido, para que os princípios do SUS sejam respeitados.

5 Referências

ALAVARENGA, M. S.; DIAS, N.M. A.. **Aconselhamento nutricional na prática clínica**. In: OLIVEIRA AM, SILVA FM. Dietoterapia nas Doenças do Adulto. 1 ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2018.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Identifying patients at risk: ADA's definitions for nutrition screening and nutritional assessment. **Journal of the American Dietetic Association**, v.94, n.8, p. 838-839,1994.

BAXTER, Y. C. *et al.* **Indicação e Usos de Suplementos Nutricionais Orais**. In: WAITZBERG DL. Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica. 5 ed. São Paulo: Atheneu, 2017.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 3 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cuidados em terapia nutricional**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. (Caderno de Atenção Domiciliar; v. 3).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. **Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional** [recurso eletrônico] Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a

reforma do hospital. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 849-859, 2007.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. L. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 645-653, 2006.

GINZBURG, Y. *et al.* Barriers for nutritional care in the transition from hospital to the community among older patients. **Clinical Nutrition ESPEN**, v. 25, p. 56-68, 2018.

GONÇALVES-BRADLEY, D. C. *et al.* Discharge planning from hospital. **The Cochrane Library**, p.1-87, 2016.

GONÇALVES, R. C. *et al.* Planejamento nutricional da alta hospitalar: breve revisão da literatura e proposta de instrumento de avaliação. **BRASPEN JOURNAL**, v. 35, n. 4, p. 329-39, 2020.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (HUSM). **Manual de gerenciamento da rotina** [recurso eletrônico]: Serviço de Atenção Domiciliar - SAD/Hospital Universitário de Santa Maria; [organização Adrian de Canes Garcia., et al] - 2. versão. Santa Maria, RS: HUSM, 2018.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (HUSM). **Manual de gerenciamento da rotina** [recurso eletrônico]: Unidade de Nutrição Clínica/Hospital Universitário de Santa Maria, EBSEH; [organização Fabiana Vieiro de Araújo, Marlene Kreutz Rodrigues; elaboração e revisão Adielle Buligon Dalla Fávera...[et al.]] - 3. versão. Santa Maria, RS: HUSM, 2020.

MALTA, D. C. *et al.* Tendências de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis na população com planos de saúde no Brasil de 2008 a 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. 1-14, 2018.

MARTIRES, L. **Continuidade da assistência ao paciente na alta hospitalar para a atenção primária à saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2020. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/204578/TCC_LUCIMAR_MARTIRES.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em 10 de dezembro de 2021.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MUELLER, C. *et al.* American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) Board of Directors. A.S.P.E.N. Clinical Guidelines: Nutrition Screening, Assessment, and Intervention in Adults. **Journal of Parenteral and Enteral Nutrition**, v. 35, n. 1, p. 16-24, 2011.

OLIVEIRA, M. J. F.; ARAÚJO, A. J. S.; MAZER, V. B. S. Papel do nutricionista em uma equipe de saúde hospitalar multiprofissional. **BRASPEN JOURNAL**, v. 33, n.3, p. 270-8, 2020.

PEDROSO, C. G. T.; SOUSA, A. A.; SALLES, Ra. K. Cuidado nutricional hospitalar: percepção de nutricionistas para atendimento humanizado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16 (Supl. 1). p.1155-1162, 2011.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-9, 2001.

PEITER, C. C. *et al.* Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 1, p. 1-10, 2019.

PLACA, M. T. C. L.; WANDERBROOKE, A. C.; POLLI, G. M. Assistência domiciliar prestada aos idosos em um município do interior de São Paulo. **Revista Kairós-Gerontologia**. São Paulo, Brasil: FACHS/NEPE/PUC-SP, v.23, n.4, p. 325-345, 2020.

POMPEO, D. A. *et al.* Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, p. 345-350, 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA (PMSM). **Relação nominal de servidores ativos**. Disponível em: https://www.santamaria.rs.gov.br/transparencia/index.php?secao=quadro_funcional&sub=relacao_nominal#pag. Acesso em: 01 de fevereiro, 2022.

SECRETARIA DE SAÚDE/SESRS. **Como funciona a regulação**. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/regulacao-hospitalar>. Acesso em: 11 de janeiro, 2022.

SILVIA, F. M. **Desnutrição**. In: OLIVEIRA AM, SILVA FM. Dietoterapia nas Doenças do Adulto. 1 ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2018.

SIQUEIRA, H. C. H. *et al.* A Saúde do Ser Humano na Perspectiva Ecológica. UFPE online/Recife: **Revista Enfermagem**, v.12, n. 2, p. 559-64, 2018.

TYLER, A. *et al.* Development of a discharge readiness report within the electronic health record—A discharge planning tool. **Journal of Hospital Medicine**, v. 9, n. 8, p. 533-539, 2014.

TOLEDO, D. O. *et al.* Campanha “Diga não à desnutrição”: 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar. **BRASPEN JOURNAL**. v.33, n.1, p. 86-100, 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. **Projeto Pedagógico Institucional - PPI**. Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde (Código 1044). Santa Maria, RS, 2013. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1XIPZpA5bPWREr2_LAGYXqRhuU80cdMj6/view. Acesso em: 10 de dezembro de 2020.

VASCONCELOS, M. I. L. **Nutrição Enteral**. In: CUPPARI L. Nutrição Clínica no Adulto. 4 ed. Barueri: Manole, 2019.

WEISS, M. E. *et al.* A model for hospital discharge preparation: From case management to care transition. **Journal of Nursing Administration**, v. 45, n. 12, p. 606-614, 2015.

WERNER, S. M. **Proposta de um Modelo de Gestão para Alta Hospitalar Baseado na Abordagem Lean**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico, Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, Florianópolis, SC, 2017. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/94928068.pdf>. Acesso em 2 de dezembro de 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.