

ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NO CUIDADO AO IDOSO: INSTITUIÇÕES E RESIDÊNCIAS**MULTIPROFESSIONAL WORK IN ELDERLY CARE: INSTITUTIONS AND RESIDENCES** <https://doi.org/10.63330/aurumpub.014-013>**Gregório Otto Bento de Oliveira**

Faculdade Anhanguera de Brasília, DF

Diego de Carvalho Maia

Faculdade Anhanguera de Brasília, DF

Leonardo Domingues Ramos

Faculdade Anhanguera de Brasília, DF

Grazieli Aparecida Huppes

Faculdade Anhanguera de Brasília, DF

Rosimeire Faria do Carmo

UniLS – Centro Universitário

Taguatinga, Brasília, DF

Abia Matos de Lima

UniLS – Centro Universitário

Taguatinga, Brasília, DF

Maria Clara da Silva Goersch

Faculdade Anhanguera de Brasília, DF

Luciana Gobbi

Faculdade Anhanguera de Brasília, DF

Victor Martins Aguilar Escobar

Faculdade Anhanguera de Brasília, DF

Thiago Caetano Luz

Faculdade Anhanguera de Brasília, DF

RESUMO

A atenção à saúde do idoso, seja ele institucionalizado ou vivendo em seu próprio ambiente, exige a atuação de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar. Para compreender essa dinâmica, é fundamental diferenciar os conceitos. A multidisciplinaridade envolve a cooperação de profissionais de diferentes áreas; médicos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos e terapeutas ocupacionais, cada um atuando em seu campo específico, mas com o mesmo paciente. A interdisciplinaridade, por sua vez, vai além, buscando a integração de saberes. Nessa abordagem, os profissionais interagem e compartilham conhecimentos para criar um plano de cuidado coeso e mais eficaz, onde o paciente é visto de forma holística. A equipe biopsicossocial da saúde do idoso é composta por diversos especialistas que abordam



os aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Isso inclui médicos geriatras, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais, entre outros. A atuação integrada desses profissionais é crucial para atender às complexas necessidades do envelhecimento. A importância dessa abordagem é ainda mais evidente no contexto do idoso institucionalizado, onde o cuidado deve ser contínuo e coordenado. No caso do idoso não institucionalizado, a equipe trabalha em conjunto com a família, oferecendo suporte e direcionamento para manter a autonomia e a qualidade de vida. O ponto central é a valorização da sinergia entre diferentes áreas para promover um cuidado completo e humanizado, adaptado às particularidades de cada indivíduo.

Palavras-chave: Cuidado ao idoso; Multiprofissionalidade; Interdisciplinaridade; Gerontologia; Saúde.

ABSTRACT

Health care for the elderly, whether institutionalized or living in their own environment, requires the work of a multidisciplinary and interdisciplinary team. To understand this dynamic, it is essential to differentiate between the concepts. Multidisciplinarity involves the collaboration of professionals from different fields: physicians, physical therapists, psychologists, nutritionists, pharmacists, and occupational therapists, each working in their specific field but with the same patient. Interdisciplinarity, in turn, goes further, seeking the integration of knowledge. In this approach, professionals interact and share knowledge to create a cohesive and more effective care plan, where the patient is seen holistically. The biopsychosocial team for older adults' health is composed of several specialists who address biological, psychological, and social aspects. This includes geriatricians, nurses, physical therapists, occupational therapists, speech therapists, psychologists, and social workers, among others. The integrated work of these professionals is crucial to meeting the complex needs of aging. The importance of this approach is even more evident in the context of institutionalized elderly individuals, where care must be continuous and coordinated. For non-institutionalized elderly individuals, the team works closely with the family, offering support and guidance to maintain autonomy and quality of life. The key is to value the synergy between different areas to promote comprehensive and humane care, tailored to each individual's specific needs.

Keywords: Elderly care; Multidisciplinary; Interdisciplinarity; Gerontology; Health.



1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento, em sua complexidade multifacetada, demanda uma abordagem de cuidado que transcenda as fronteiras disciplinares tradicionais, uma necessidade de que a equipe biopsicossocial se propõe a atender. Diferentemente de uma atuação meramente paralela, a sinergia entre profissionais de diversas áreas é a pedra angular da gerontologia, conforme destacado por Popov (2014). Esta disciplina científica, ao integrar o conhecimento da biologia, psicologia, sociologia e outras áreas do saber, capacita uma vasta gama de profissionais, incluindo nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais e educadores físicos, a abordar as dimensões do envelhecimento de forma holística. A relevância dessa equipe reside na sua capacidade de decifrar as complexas questões físicas, funcionais, psicossociais, cognitivas e espirituais que permeiam a vida da pessoa idosa. Essa abordagem não se limita a constatar transformações, mas se aprofunda na elucidação dos determinantes biológicos, culturais e ambientais que modulam a trajetória de vida de cada indivíduo, desde o nascimento até a velhice. Assim, a equipe biopsicossocial constitui o pilar indispensável para um cuidado que respeita a singularidade do processo de envelhecimento.

O arcabouço metodológico da gerontologia, intrinsecamente interdisciplinar, multidisciplinar e transdisciplinar, é vital para a distinção entre a mera justaposição de saberes e a sua integração efetiva. Na multidisciplinaridade, profissionais de diferentes áreas atuam de forma independente, mas com um objetivo comum; por exemplo, um nutricionista avalia o estado nutricional e um fisioterapeuta trabalha na reabilitação motora. Já a interdisciplinaridade representa um estágio superior, onde há uma troca contínua e uma coesão de saberes. Neste contexto, o nutricionista, ao diagnosticar a desnutrição, pode dialogar diretamente com o fonoaudiólogo para adaptar a textura dos alimentos em casos de disfagia, ou com o psicólogo para investigar fatores emocionais que afetam o apetite. Essa colaboração coordenada é particularmente crítica na atenção à saúde do idoso, tanto no ambiente institucionalizado (residências de longa permanência) quanto no não institucionalizado (domicílio), pois evita a fragmentação do cuidado e otimiza os resultados de saúde, promovendo a adesão a tratamentos e a melhoria da qualidade de vida.

A atuação multidisciplinar no contexto da atenção à saúde do idoso institucionalizado e não institucionalizado é caracterizada pela expertise especializada de cada profissional que contribui para o plano de cuidado. A intervenção do nutricionista, por exemplo, conforme Nascimento et al. (2021), transcende a simples elaboração de planos dietéticos para garantir a segurança alimentar e atender às necessidades metabólicas singulares do idoso, combatendo a sarcopenia e a osteoporose. O farmacêutico, por sua vez, atua com rigor na gestão da polifarmácia, ajustando doses e monitorando interações medicamentosas para mitigar riscos, um papel crucial para a segurança do paciente (Silva & Martins, 2020). Essa atuação isolada, embora fundamental, ganha exponencialmente em eficácia quando integrada por uma abordagem interdisciplinar. Nela, a informação flui entre os especialistas, e o plano de cuidados é



construído de forma colaborativa. O fisioterapeuta, ao planejar a reabilitação, pode integrar os dados da avaliação nutricional para otimizar o fortalecimento muscular e receber *feedback* do psicólogo sobre a motivação do paciente, garantindo uma resposta terapêutica mais completa.

Em suma, a gerontologia é a ciência que fundamenta a atuação da equipe biopsicossocial e sua abordagem metodológica é crucial para o sucesso da atenção à saúde do idoso. A distinção entre a atuação multi e interdisciplinar não é apenas conceitual; ela determina a qualidade do cuidado. Enquanto a abordagem multidisciplinar assegura a aplicação de conhecimentos específicos de cada área, a interdisciplinaridade eleva o cuidado a um patamar superior, integrando as contribuições de forma sinérgica e contínua. Essa colaboração coordenada é a chave para o enfrentamento dos desafios impostos pela longevidade, desde a prevenção e reabilitação de doenças crônicas até a oferta de cuidados paliativos, pilares estratégicos de intervenção. Assim, a gerontologia, ao validar a premissa de que o envelhecimento é um processo ontogenético único, traduz seu rigor acadêmico em soluções práticas que dignificam a experiência da velhice, garantindo que o envelhecer seja sinônimo de bem-estar, autonomia e plena participação social.

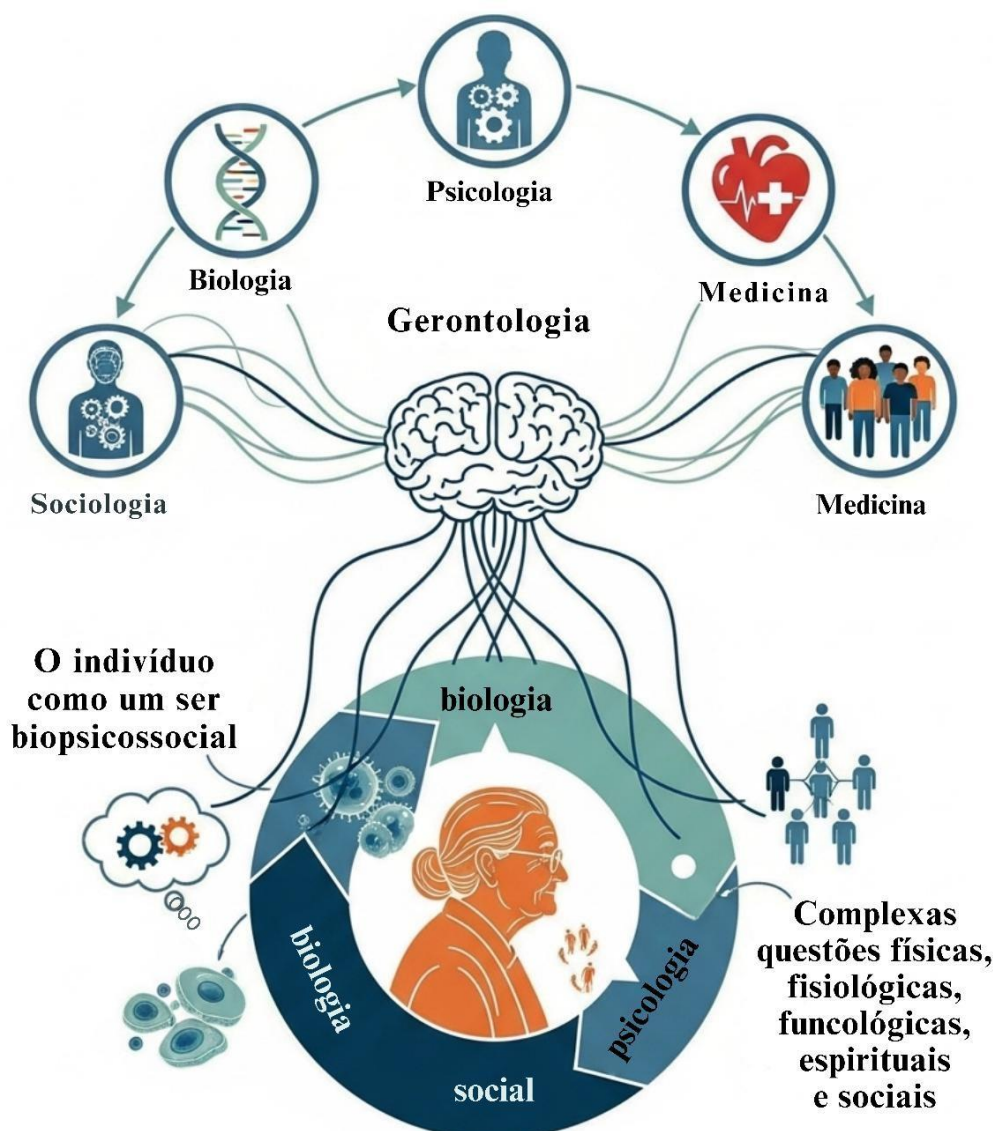
2 A RACIONALIDADE EPISTEMOLÓGICA DA GERONTOLOGIA E A EQUIPE BIOPSISSOCIAL NO CUIDADO AO IDOSO

O cuidado integral ao idoso, seja ele institucionalizado ou em seu domicílio, transcende a mera abordagem sintomática, exigindo uma compreensão profunda do indivíduo como um ser biopsicossocial. A complexidade da senescência desafia as fronteiras da racionalidade científica moderna que, historicamente, fragmentou o conhecimento em disciplinas isoladas (DOMINGUES; LEMOS, 2010). Em resposta a essa lacuna epistemológica, a gerontologia emerge como uma disciplina científica que, por sua natureza interdisciplinar, busca unificar as contribuições de diversas áreas do saber, como a biologia, a psicologia, a sociologia e a medicina, **figura 1**. Tal convergência é essencial para analisar as múltiplas dimensões do envelhecimento, abrangendo as complexas questões físicas, fisiológicas, funcionais, psicológicas, espirituais e sociais (FREITAS; PY, 2022).

A superação do modelo fragmentado de atenção à saúde do idoso reside na transição da atuação multidisciplinar para a interdisciplinar. Enquanto a multidisciplinaridade implica a colaboração de diferentes especialistas que atuam de forma paralela e independente, a interdisciplinaridade promove um diálogo constante e uma troca de saberes, visando a coesão das intervenções. Essa colaboração sinérgica é vital para o enfrentamento dos desafios singulares da terceira idade, pois permite uma visão holística que integra a teoria e a prática de cada área profissional. A efetivação da interdisciplinaridade, no entanto, não é um processo isento de dificuldades. Como salientam Domingues e Lemos (2010), ela exige a superação de atitudes individualistas, a divisão de tarefas e de poder, e a capacidade de ouvir e enxergar o idoso e seus

familiares como um todo, em suas histórias de vida únicas.

Figura 1 – A complexidade da senescência: uma visão gerontológica interdisciplinar



Fonte: Autor, 2025

A inter-relação entre as políticas de saúde e de assistência social ilustra, de forma paradigmática, o movimento de transição entre os modelos de atuação. Historicamente operando em silos, essas áreas têm gradualmente evoluído para um trabalho conjunto, em um processo de construção contínua que respeita suas especificidades e busca um objetivo comum (FREITAS; PY, 2022). Esse esforço de integração, embora ainda em desenvolvimento, demonstra a necessidade de romper com a visão fragmentada, essencial para o sucesso de programas e políticas públicas voltados ao bem-estar do idoso. A coordenação entre essas esferas é crucial para garantir não apenas a saúde, mas também o acesso a direitos e a proteção social, pilares do cuidado integral.

A fragilidade do modelo biomédico tradicional na gerontologia reside em sua tendência a reduzir o



fenômeno da doença a uma relação de causa e efeito, desconsiderando a complexidade multicausal da saúde humana. Esta perspectiva mecanicista desvirtua a compreensão do envelhecimento, da saúde e da doença, ao pressupor uma realidade estática e unilateral. No entanto, a saúde do idoso é um processo dinâmico, influenciado por uma intrincada diversidade de aspectos psicológicos, físicos, ambientais e sociais (VERAS; LOURENÇO; SANCHEZ, 2019). É imperativo, portanto, desfazer a separação entre a realidade biológica, psicológica e social, reconhecendo a complexidade do ser humano e a impossibilidade de abordagens reducionistas (DOMINGUES; LEMOS, 2010).

A adoção de uma nova concepção de saúde, multicausal e assumida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), orientou a reformulação das práticas profissionais. O trabalho em equipe se tornou uma ferramenta indispensável para a construção de saberes e práticas que superem o modelo unicausal e contribuam para um planejamento de cuidado que considere a totalidade da vida do idoso. A formação profissional, em sintonia com essa nova epistemologia, passou a valorizar a prática interativa, colaborativa e integrada. Dessa forma, as intervenções não se limitam ao tratamento de sintomas, mas visam a promoção da saúde global e o bem-estar da pessoa idosa.

A estrutura interdisciplinar e biopsicossocial do cuidado, que reúne profissionais de diversas áreas, oferece uma oportunidade singular de reflexão sobre a transmissão e o compartilhamento de conhecimentos. A troca de informações e experiências entre os membros da equipe permite o repensar constante das estratégias de assistência. A colaboração é fundamental para evitar o individualismo, uma atitude que contradiz os princípios da gerontologia (DOMINGUES; LEMOS, 2010). O trabalho deve ser interligado, interdisciplinar, e não apenas paralelo, para que se possa responder de forma eficiente às complexas necessidades da pessoa idosa (PERRACINI; FLÓ, 2019; FREITAS; PY, 2022).

A transição do modelo biomédico para uma abordagem holística e interdisciplinar na gerontologia é uma resposta científica e humanista à complexidade do envelhecimento. Ao romper com a fragmentação do conhecimento, a equipe biopsicossocial assume o desafio de integrar as diversas dimensões da vida humana, garantindo que o cuidado ao idoso seja abrangente e sensível às suas particularidades. A efetivação desse modelo de trabalho em equipe não só melhora a qualidade de vida, mas também válida a premissa de que a saúde e o envelhecimento são processos dinâmicos e multidimensionais, exigindo uma práxis profissional colaborativa e interligada.

3 O PARADIGMA DA INTEGRALIDADE NA PRÁXIS GERONTOLÓGICA: DA MULTIPROFISSIONALIDADE À INTERDISCIPLINARIDADE NO CUIDADO AO IDOSO

A busca pela integralidade em saúde, pautada nos valores da justiça social, constitui o cerne das discussões contemporâneas sobre o cuidado ao idoso. Essa perspectiva transcende a simples oferta de serviços e práticas, visando a uma visão holística que contemple a totalidade das necessidades dos



indivíduos e as articulações entre ações e políticas intersetoriais. Tal dimensão da integralidade está intrinsecamente ligada à concepção de saúde promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e se reflete na exigência de uma atuação em equipe que supere a fragmentação do conhecimento (DOMINGUES; LEMOS, 2010). A mera composição de equipes multiprofissionais, por si só, não garante a integração entre as disciplinas, pois a efetividade do cuidado reside na capacidade de transcender o modelo especializado e na produção de consensos, compartilhamento e negociação entre os saberes técnicos de cada profissional (VENTURA; MENDONÇA; COUTO, 2015).

A interdisciplinaridade, no contexto da gerontologia, é uma exigência epistemológica e social imposta pela complexidade do objeto de trabalho: a saúde do idoso e seus determinantes sociais. Diferentemente de uma atuação meramente paralela, a interdisciplinaridade demanda a superação da desresponsabilização e da fragmentação, promovendo a interação entre os diversos atores do cotidiano do cuidado. A presença de diferentes perspectivas, disciplinas e demandas em um mesmo espaço de assistência é a condição de possibilidade para a produção de novas formas de agir e, consequentemente, para a concretização da integralidade em saúde. Essa abordagem coesa e sinérgica é crucial para a elaboração de um plano de atenção que seja verdadeiramente responsivo às necessidades multifacetadas da pessoa idosa.

A aplicação da abordagem interdisciplinar torna-se ainda mais imperativa no contexto das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). De acordo com a tipificação nacional de serviços socioassistenciais (BRASIL, 2009), as ILPIs se configuram como serviços de acolhimento de alta complexidade, integrando-se à rede de atenção à pessoa idosa. Essas instituições, sejam públicas ou privadas, devem dispor de equipe básica capacitada em gerontologia, além de uma equipe especializada em saúde, com base no grau de dependência dos residentes. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em sua Resolução RDC nº 283 (BRASIL, 2009), define três graus de dependência, que orientam a constituição e a qualificação da equipe de cuidados: grau I (idosos independentes), grau II (idosos com dependência parcial) e grau III (idosos com dependência total), **tabela 1**.

A estrutura e a atuação das equipes nas ILPIs devem ser reflexo da compreensão da integralidade e da interdisciplinaridade, **figura 2**. Um plano de atenção integral à saúde não pode ser concebido sem a articulação dos diferentes saberes. Profissionais da saúde, assistentes sociais e outros especialistas devem atuar de forma interligada para garantir que o ambiente residencial favoreça o protagonismo social dos idosos e sua conexão com a comunidade local. A interdisciplinaridade, aqui, não é apenas um ideal, mas uma ferramenta prática para a produção de consensos e a negociação de distintas necessidades técnicas, garantindo que o cuidado não seja uma soma de ações isoladas, mas uma intervenção coordenada e eficiente.

Tabela 1 - Graus de Dependência de Idosos em ILPIs (ANVISA RDC nº 283/2005)

Grau de Dependência	Descrição das Necessidades do Idoso	Implicações para o Cuidado e Equipe
Grau I – Idosos Independentes	Idosos que são independentes para realizar as atividades de vida diária (AVDs), como alimentação, higiene pessoal, mobilidade e vestir-se. Podem necessitar de auxílio para o uso de tecnologias assistivas (cadeira de rodas, andadores) ou para atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), como gerenciar finanças ou preparar refeições, mas são autônomos para o autocuidado básico.	Requerem principalmente atividades de promoção de saúde, socialização, lazer e monitoramento geral. A equipe deve focar em manter a autonomia e prevenir o declínio funcional. Necessitam de suporte para acesso a serviços de saúde externos quando preciso.
Grau II – Idosos com Dependência Parcial	Idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para as atividades de vida diária (AVDs). Isso significa que precisam de ajuda para se alimentar, se locomover, ou realizar sua higiene pessoal, mas ainda mantêm alguma capacidade funcional em outras áreas. Podem apresentar alguma instabilidade clínica ou cognitiva moderada.	Demandam assistência direta em atividades específicas do dia a dia. A equipe de enfermagem tem um papel mais ativo na supervisão e auxílio. A presença de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais é fundamental para manter a funcionalidade restante e prevenir o agravamento da dependência. Necessitam de maior observação para sinais de declínio.
Grau III – Idosos com Dependência Total	Idosos que necessitam de assistência em todas as atividades de autocuidado ou que apresentam comprometimento cognitivo grave com ou sem distúrbios de comportamento que exijam supervisão e/ou assistência contínuas. Geralmente estão acamados ou com mobilidade extremamente limitada.	Exigem cuidados contínuos e intensivos da equipe de enfermagem, incluindo higiene, alimentação (muitas vezes via sonda ou assistida), mudança de decúbito para prevenção de úlceras por pressão e administração de múltiplas medicações. A presença diária de médicos, enfermeiros, nutricionistas e fisioterapeutas é obrigatória, devido à alta complexidade e fragilidade clínica. A equipe deve ter formação em cuidados paliativos, se aplicável.

Fonte: Autor, 202

Figura 2 - Plano de atenção integral à saúde não pode ser concretizado sem a articulação dos diferentes saberes



Fonte: Autor, 2025



Em última análise, a transição de um modelo de atuação fragmentado para uma práxis interdisciplinar e integrada é a chave para o enfrentamento dos complexos desafios do envelhecimento populacional. A mera reunião de profissionais em um mesmo espaço, sem a devida interconexão de saberes, é insuficiente. O verdadeiro trabalho em equipe, com enfoque na interdisciplinaridade, tem o potencial de romper com os modelos de atenção ultrapassados, promovendo uma visão de saúde multicausal e sistêmica. Somente assim será possível oferecer um cuidado que contemple a totalidade das necessidades da pessoa idosa, seja ela institucionalizada ou não, e que se traduza em maior qualidade de vida e dignidade.

4 MODELOS DE CUIDADO AO IDOSO NO BRASIL: DA INSTITUCIONALIZAÇÃO À ATENÇÃO DOMICILIAR

A política de proteção social no Brasil, conforme a Portaria nº 2.854 (BRASIL, 2000) e a tipificação nacional de serviços socioassistenciais (BRASIL, 2014), estabelece um leque de modalidades de acolhimento institucional para idosos. No âmbito público, destacam-se a casa-lar, que atende até 10 idosos com graus de dependência I e II, e o abrigo institucional, com capacidade para até 20 pessoas com graus de dependência II e III (BRASIL, 2009). Essas estruturas, inseridas na rede de serviços de proteção social de alta complexidade, buscam oferecer um ambiente com características residenciais, promovendo a conexão com a comunidade e o protagonismo social dos acolhidos, alinhando-se aos princípios da integralidade do cuidado.

A legislação sanitária, por meio da Consulta Pública da Anvisa nº 41 (ANVISA, 2004), define critérios rigorosos para a composição das equipes de saúde nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). As ILPIs devem garantir acesso contínuo a profissionais de diversas áreas, como assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, educadores físicos, psicólogos e odontólogos. A presença de médicos, enfermeiros e nutricionistas é obrigatória e diária para as instituições que atendem à modalidade III, que acolhe idosos com dependência total. A exigência de espaços específicos para o atendimento desses profissionais reforça o compromisso com a integralidade do cuidado e com a prestação de serviços de alta qualidade, reconhecendo que a saúde do idoso é uma questão complexa que demanda uma abordagem multi e interdisciplinar.

O modelo de cuidado em ILPIs vai além do atendimento clínico, com a legislação exigindo que o espaço físico promova a dignidade e o bem-estar dos residentes. O ambiente deve propiciar atendimentos individualizados, familiares e biopsicossociais, além de oferecer atividades lúdicas, culturais e de integração social. Tais iniciativas são fundamentais para sustentar a premissa de um envelhecimento ativo, que deve ser incentivado em todas as modalidades de atenção. A busca por um envelhecimento ativo e digno, mesmo em ambientes de acolhimento, demonstra o avanço na compreensão de que o cuidado ao idoso deve ir além da mera assistência, contemplando a manutenção da funcionalidade e a participação social.



Paralelamente ao desenvolvimento dos serviços de acolhimento, a atenção à saúde do idoso no Brasil se expandiu para o âmbito domiciliar. A Portaria nº 2.527 (BRASIL, 2011) incorporou o atendimento domiciliar ao Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-o como uma estratégia para a humanização do cuidado e a integração familiar. Essa modalidade busca preservar a capacidade funcional do indivíduo em seu próprio contexto sociocultural, o que contribui para a otimização dos leitos hospitalares e a redução de custos e de complicações associadas às internações. A atenção domiciliar reforça a ideia de que o cuidado deve se adaptar à realidade do idoso, respeitando suas relações familiares e seu ambiente de vida.

A coexistência e a articulação dos modelos de cuidado em ILPIs e da atenção domiciliar refletem a complexidade das necessidades da população idosa. Enquanto as ILPIs oferecem um ambiente estruturado para aqueles que necessitam de cuidados contínuos e de alta complexidade, a atenção domiciliar privilegia a permanência do idoso em seu lar, com o suporte de uma equipe de saúde. Ambos os modelos, pautados no princípio da integralidade, buscam assegurar a dignidade, a funcionalidade e a qualidade de vida, evidenciando o compromisso das políticas públicas em responder de forma diversificada e abrangente aos desafios do envelhecimento populacional no Brasil.

5 CONCLUSÃO

A atuação em gerontologia emerge como uma resposta científica e humanista à complexidade do processo de envelhecimento, fundamentada na superação do modelo biomédico fragmentado. A transição da multidisciplinaridade para a interdisciplinaridade não é apenas uma mudança conceitual, mas uma exigência prática para a efetivação do cuidado integral ao idoso. A equipe biopsicossocial, ao integrar saberes e promover a colaboração sinérgica entre profissionais, garante uma visão holística que considera as múltiplas dimensões do envelhecimento — biológicas, psicológicas, sociais e espirituais. Essa abordagem é a pedra angular para a elaboração de planos de cuidado coesos e eficazes, seja em ambientes institucionais ou domiciliares. A interdisciplinaridade evita a desresponsabilização e a fragmentação, garantindo que o cuidado seja uma intervenção contínua e interligada, e não uma mera soma de ações isoladas.

A legislação brasileira, com suas normativas para Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e a expansão da atenção domiciliar, reforça a necessidade de uma atuação integrada e humanizada. Ao definir a composição das equipes de saúde e as exigências para o espaço físico das ILPIs, bem como ao incorporar a atenção domiciliar ao SUS, o Estado reconhece que o cuidado ao idoso deve se adaptar às suas necessidades e contextos de vida. Essa articulação entre os diferentes modelos de assistência evidencia o compromisso das políticas públicas com a integralidade, a dignidade e a qualidade de vida da população idosa. Em última análise, a gerontologia, por meio de sua práxis interligada, traduz o rigor acadêmico em soluções práticas que promovem um envelhecimento ativo, saudável e com plena participação social, dignificando a experiência da velhice em toda a sua riqueza.



REFERÊNCIAS

- ANVISA. **Consulta Pública nº 41, de 18 de janeiro de 2004**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/cp/cp%5b7626-1-0%5d.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.034, de 5 de maio de 2010**. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1034_05_05_2010_rep.html. Acesso em: 30 jan. 2023.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Tipificação nacional de serviços socioassistenciais**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/22/tipificacao-nacional-de-servicos-socioassistenciais.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2025.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Tipificação nacional de serviços socioassistenciais: documento base – fichas de serviços**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://www.assistenciasocial.al.gov.br/legislacao/Tipificacao_servicos_socioassistenciais.pdf. Acesso em: 30 jan. 2023.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Portaria nº 2.854, de 19 de julho de 2000**. Brasília, DF, 2000. Disponível em: http://www.lex.com.br/doc_5925693_PORTARIA_N_2854_DE_19_DE_JULHO_DE_2000.aspx. Acesso em: 30 jul. 2025.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), de caráter residencial. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 set. 2005. Seção 1, p. 77-80.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Brasília: MDS, 2014.
- DOMINGUES, M. A.; LEMOS, N. D. **Gerontologia** – Os desafios nos diversos cenários de atenção. São Paulo: Manole, 2010.
- FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.
- GOLDENBERG, J. **Promoção de Saúde na Terceira Idade** – Dicas para Viver Melhor. Rio de Janeiro: Atheneu, 2010.
- GOMES, F. R. H. **Envelhecimento Humano: cognição, qualidade de vida e atividade física**. Curitiba: Appris, 2017.
- OLIVEIRA, D. V. **Educação física em gerontologia**. Curitiba: Appris, 2021.
- PERRACINI, M. R.; FLÓ, C. M. **Funcionalidade e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.



POPOV, D. C. S. **Geriatria e gerontologia** – Aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais do envelhecimento. São Paulo: Érica, 2014.

RAUL, C.; RIBEIRO, O. **Manual de gerontologia** – Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento. Lisboa: Lidel, 2012.

VENTURA, M. M.; MENDONÇA, L. P.; COUTO, T. V. **Cuidado integral ao idoso hospitalizado** – Abordagem interdisciplinária e discussão de protocolos. São Paulo: Zagodoni, 2015.

VERAS, R. P.; LOURENÇO, R. A.; SANCHEZ, M. A. **Formação humana em geriatria e gerontologia** – Uma perspectiva interdisciplinar. Rio de Janeiro: Revinter, 2019.