

Relato de Experiência

Equipe interdisciplinar no SUAS: Relato de experiência em um Centro Dia para Idosos



Igor Gonçalves Giangrossi

Maria Daniela Clementino

Patricia Suarez Runga

Tatiane Cristina Araújo de Oliveira Lima

Viviani Modesto

Yamim Alves Fabiano

Introdução

O envelhecimento é parte do processo de viver. Com os avanços na área da saúde a expectativa de vida do grupo com idade igual ou superior a 60 anos, se reflete no aumento do número de idosos na população. O processo de envelhecer é observado, muitas vezes, apenas do ponto de vista da saúde, mas deve ser igualmente considerado no contexto da assistência social, política muito importante para potencializar o processo de cuidado do idoso na com foco na socialização e nas vulnerabilidades sociais. Espaços que promovam esse ambiente de acolhimento, proteção e convivência para o idoso são de extrema importância para a promoção do cuidado.

Para quem atua com essa parcela da população na assistência social, tornar públicas experiências exitosas se faz de extrema importância, tendo como norte a defesa do olhar interdisciplinar, que contribui para fomentar o processo de cuidado contemplando, simultaneamente, o indivíduo na sua integralidade, e a construção de um campo de saberes -, no compartilhar das diversas áreas do conhecimento, e atuação prática.

Desta forma, o objetivo deste relato de caso é discorrer sobre o processo de reflexão sobre capitalismo epistemológico, e que se expressa nesta escrita, envolvendo seis profissionais, de diferentes áreas, no acompanhamento de uma pessoa idosa, reforçando a importância do Centro Dia para Idosos (CDI) na manutenção de suas necessidades básicas, garantia de direitos e promoção da saúde, e indicando a articulação das ações dos profissionais na perspectiva interdisciplinar.

Os êxitos e desafios aqui citados são observados nesta perspectiva, que mais do que uma prática profissional é uma resposta ao reducionismo do ser, um alerta sobre a saturação das especialidades e uma forma de enfrentamento do que é considerado capitalismo epistemológico, que privilegia determinadas ciências e constrói alienação nos currículos e diretrizes (FREIRE; ALMEIDA, 2018).

Ao longo do tempo foi ficando evidente a pressão exercida, de modo quase que geral, por esta sociedade na qual predomina o poder do 'capital' e o apelo ao consumo que, além das soluções instrumentais dirigidas ao mercado de trabalho, se estende ao ensino e pesquisa, especialmente nas áreas sociais (SANTOS, *et.al.*, s/d). Ante este panorama, confirma-se que prevalecem, hoje, apenas 'obrigações e prazos a cumprir.

O valor dos saberes múltiplos, incluindo as práticas de trabalho e experiências vividas, foram perdendo valor, como já afirmava o filósofo Hilton Japiassú (2001, pp. 78-79), pois "a lógica do conhecimento submete-se à lógica da encomenda, conseqüentemente, à lógica do mercado". Mas indica que existe outra possibilidade, pois "saber é um dever, um risco que cada indivíduo deve correr conscientemente para ter acesso ao estatuto de sujeito livre e racional" (*idem*, p. 30).

De acordo com Jorge e Pontes (2017) são necessárias reuniões de profissionais para pensar e executar ações coletivas, sendo uma possibilidade de indagar sobre intervenções necessárias à realidade social na qual vive o indivíduo, objeto do cuidado.

Antes de adentrarmos ao relato de caso, cabe apresentar ao leitor o contexto no qual aconteceu a experiência interdisciplinar de cuidado com a pessoa idosa. O cenário é um Núcleo de Convivência para Idosos (NCI) e, posteriormente, um Centro Dia para Idoso (CDI), resguardados a separação das atividades e acompanhamentos nos espaços.

Panorama de políticas públicas para o idoso no Brasil

A experiência a ser apresentada aconteceu em serviços da Política de Assistência Social, a qual, a partir da Constituição Federal de 1988, em seu artigo 203, vislumbrando romper com o passado - permeado de ações de caridade e filantropia - passa a ser compreendida como uma política “prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social” (BRASIL, 1988), enquanto direito do cidadão e dever do Estado, com vistas à “garantia dos mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas” (BRASIL, 1993).

Com o intuito de materializar as diretrizes, princípios e perspectivas de gestão mais participativas e descentralizadas, a Assistência Social, enquanto política pública teve como marco regulatório importante, para além da Constituição Federal de 1988, a Lei nº 8.742/93 - Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) - que nomeou de forma mais detalhada seus objetivos, bem como sua forma de funcionamento, apresentando a organização da mesma enquanto um sistema descentralizado e com dimensão de participação do controle social.

Assim, a partir dessa lei, foi instituído o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o qual é “integrado pelos entes federativos, pelos respectivos conselhos de assistência social e pelas entidades e organizações de assistência social abrangidas pela LOAS” (BRASIL, 1993).

Outra dimensão apresentada pela LOAS, ratificada pela Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social, é a organização dos serviços em tipos de proteção, a Proteção Social Básica (PSB), que de acordo com as legislações apresentadas, são:

Conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que visa a prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários (BRASIL, 1993).

A Proteção Social Especial (PSE) que, com o intuito de desenvolver uma atenção qualificada às situações mais complexas que envolvam o risco ou rompimento de vínculos, em virtude da ameaça ou violação de direitos, é subdividida em proteção social de média complexidade e de alta complexidade, que objetivam de modo geral a oferta de um:

Conjunto de serviços, programas e projetos que têm por objetivo contribuir a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direito, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos (BRASIL, 1993).

O cenário social da experiência relatada aconteceu na Zona Leste 1 - região monitorada pela Supervisão de Assistência Técnica (SAS) Mooca - com os distritos de Mooca, Pari, Tatuapé, Água Rasa, Belém e Brás (quadro 1).

Quadro 1: Distritos supervisionados pela SAS Mooca e percentual de idosos acima de 60 anos. São Paulo, 2021.

Distrito	% de idosos
Água Rasa	22,6
Tatuapé	22,1
Mooca	21,4
Belém	17,6
Pari	16,2
Brás	13,1

Fonte: Adaptado da Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania, 2019.

Dentro do mapa da Exclusão/Inclusão Social (MEIS) da cidade de São Paulo ao avaliar o índice de exclusão e inclusão, que envolve as variáveis: autonomia, qualidade de vida, desenvolvimento humano e equidade - dos seis distritos da região um deles se configura enquanto exclusão moderada, três em exclusão reduzida e dois apresentaram índices de inclusão, demonstrando que os distritos não estão localizados nas regiões mais vulneráveis de São Paulo que variam de exclusão intensa, grave, moderada e reduzida (SPOSATI, *et.al.*, 2017).

Colocado o cenário social da experiência, a seguir, em ordem cronológica, serão relatados os principais eventos ocorridos com o idoso acompanhado. Cabe ressaltar que, considerando a importância da dimensão ética, as identidades tanto do idoso, quanto da família e demais envolvidos foram resguardadas, sendo expostos nomes fictícios no decorrer do relato de caso.

Contextualização - o relato

Sr. João, 75 anos, aposentado por tempo de serviço, solteiro, sem filhos, ensino fundamental incompleto, morador do município de São Paulo, reside sozinho em imóvel próprio em um bairro da Zona Leste 1, no mesmo território que seu irmão mais velho, Sr. Alberto, legalmente seu curador, devido ao fato do Sr. João não apresentar condições concretas de administrar seus proventos e bens em decorrência de sofrimento psíquico pelo diagnóstico de Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)¹.

¹Segundo o “Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais - DSM V” da Associação de Psiquiatria Americana, a principal característica do TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo) é a presença de crises recorrentes de obsessões e compulsões, sendo um distúrbio psiquiátrico de ansiedade. Disponível em: <<https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/transtorno-obsessivo-compulsivo-toc/>> Acesso em: 23 fev./2021

Vale esclarecer neste ponto que, no que tange às obrigações legais previstas ao curador estão: a responsabilidade pela gestão da vida, rendimentos e bens do curatelado, garantindo-lhe os direitos fundamentais como saúde, alimentação, qualidade de vida, convivência familiar e comunitária, dentre outros, sendo necessária a prestação de contas ao Judiciário, sob a fiscalização do Ministério Público.

No que se refere à dimensão das relações sociais, o Sr. João foi usuário, durante alguns anos, do Núcleo de Convivência do Idoso (NCI) - serviço parte da PSB da Política de Assistência Social -, que compõe no escopo da Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais², os Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), que visam, dentre os seus diversos objetivos, contemplar o trabalho social com os indivíduos e suas famílias, com vistas a prevenir ocorrências de situações de risco pessoal e social, bem como fortalecer os vínculos familiares e comunitários.

Enquanto usuário do NCI, o Sr. João foi participante ativo, dentro das suas condições, das atividades socioeducativas, culturais, dentre outras ofertadas, como também esteve muito envolvido nos espaços de convivência, apresentando importante vínculo com o serviço e com os outros (as) idosos (as) participantes e seus trabalhadores. Contudo, nesse período suas relações se resumiam a vivência desse espaço e com um lar assistencial religioso que, segundo familiares, distribuía, aos finais de semana, alimentação (marmitas), sua fonte de alimentos quando ele não estava no NCI. Ressaltamos que, nesse período, apesar das fragilidades, Sr. João apresentava autonomia no ir e vir ao serviço e demais locais, contudo, mesmo que ainda não de forma significativa, já demonstrava certo déficit no autocuidado.

Referente às relações familiares, as mesmas se resumiam a um sobrinho, o Sr. Carlos, que mora com seu pai, Sr. Alberto (curador), também idoso. De acordo com eles, o idoso, durante a vida, sempre apresentou comportamento “irritadiço” (*sic*) com alguns conflitos familiares, ao contrário do que o mesmo demonstrava no serviço, no qual apresentava boa relação interpessoal com os demais participantes e com os trabalhadores.

Cabe aqui esclarecer que Sr. João, antes da intervenção da equipe técnica do Centro Dia para Idosos (CDI), buscava assistência em várias dimensões de subsistência, como fonte alimentícia e de vestuário via doações, no entanto ele recebia valor proveniente de benefício previdenciário (aposentadoria por tempo de trabalho) que garantia a manutenção e subsistência sem a necessidade de auxílios de outras fontes.

²Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, onde o Conselho Nacional de Assistência Social, aprova a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, organizados por níveis de complexidade do SUAS: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de média e alta complexidade (BRASIL, 2014). Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf>

Durante o acompanhamento no NCI, na dimensão de saúde, o Sr. João apresentava mobilidade reduzida e afasia em decorrência de um acidente vascular cerebral, hipertensão arterial, baixa acuidade auditiva em ambos ouvidos, desdobramentos do sofrimento mental nas relações e no autocuidado.

No período de acompanhamento no serviço da Proteção Social Básica (PSB), foi observado pela equipe técnica um declínio no quadro do idoso, principalmente no que se referia ao autocuidado - apresentando assim critérios para inserção no CDI - inclusão solicitada desde fevereiro de 2018, por meio do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), em lista de espera. Em maio de 2019 foi realizada a transição da PSB para a Proteção Social Especial (PSE) de média complexidade, uma vez que, apesar de fragilizados, os vínculos familiares ainda existiam.

Proteção especial de média complexidade – CDI

Para inserção no CDI, é necessária a realização da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI) pela Unidade Básica de Saúde (UBS), com o resultado de frágil ou pré-frágil, na qual Sr. João foi considerado pré-frágil. Segundo Romualdo (2017, p. 5), o CDI é um:

[...] serviço destinado à atenção diurna de pessoas idosas em vulnerabilidade social e com grau de dependência, que devido a sua situação necessitam de uma equipe multidisciplinar para prestar serviço de proteção social especial [...].

Desta forma, necessidades e demandas observadas anteriormente colocaram a equipe técnica perante o desafio de atuar em conjunto, de forma mais compartilhada e com objetivos coletivos bem definidos, partindo como centro do cuidado o sujeito e não as competências de cada categoria/disciplina.

Nesse processo de transição de acompanhamento da PSB para a PSE de média complexidade no CDI, verificou-se a princípio que houve apenas a mudança de serviço que inspirou cuidados mais complexos pela equipe, e uma observação apurada e próxima do cotidiano do idoso. O que despertou atenção no momento inicial de acompanhamento no CDI foi uma piora considerável no processo de autocuidado e uma fragilidade maior na autonomia do ir e vir.

De modo geral, as demandas e necessidades permearam as dimensões do processo de cuidado por parte da família (sobrinho e irmão-curador) e por parte do próprio idoso; demandas de saúde multiprofissional, no que tange o acompanhamento do quadro de Hipertensão Arterial (HA), nutricional, saúde mental - em decorrência de sequelas do Acidente Vascular Cerebral (AVC); necessidade de mobilização e sensibilização da família sobre a importância do processo de cuidado; dimensão de autocuidado prejudicada e dificuldade de adesão da família e do idoso nos combinados e intervenções.

No cotidiano do serviço, o participante apresentou prejuízo no autocuidado, permanecendo muitos dias com a mesma roupa e apresentando forte odor perceptível aos funcionários do espaço e demais idosos.

Ante todos estes problemas o enfermeiro, a assistente social e a psicóloga do CDI realizaram alguns atendimentos com o convivente, expondo a importância do autocuidado, troca de roupas e higiene pessoal, propiciando um espaço de acolhimento e reflexões. Porém, após os atendimentos dos técnicos, não houve melhora no quadro apresentado pelo idoso, ficando evidente a dificuldade do mesmo em gerir seu autocuidado, de forma individual, e que sua rede de apoio era ineficaz.

Portanto, em dezembro de 2019, foi necessário realizar um atendimento com o Sr. Alberto, e seu filho Carlos, durante o qual os profissionais tiveram acesso a importantes informações da dinâmica familiar, e sobre o estado de saúde do Sr. João. Os familiares nos informaram que o idoso foi interditado em setembro de 2014, quando o laudo psiquiátrico constou TOC, com perda de autocontrole, organização e seleção, associado à baixa crítica e prodigalidade, sendo o irmão mais velho seu responsável legal obtendo a sua curatela³.

Quanto à organização do cuidado do idoso, os familiares relataram dificuldades no relacionamento com o mesmo: por resistência de sua parte em fazer a higiene pessoal; trocar de roupas; não permitir a entrada de uma auxiliar de limpeza em sua casa. Diante disso notou-se que o cuidado encontrava-se fragilizado, e os familiares foram orientados quanto à responsabilização nesse processo, principalmente pela interdição apresentada.

O encaminhamento realizado pela equipe técnica, ante a ineficácia desta rede de cuidados, foi chamar a família para mais uma intervenção direta, convocando-os ao serviço para uma conversa sobre as fragilidades nos cuidados, o que expunham o participante a uma gama de riscos físicos, isolamento, quedas e não garantia da segurança alimentar.

Verificou-se então o processo de interdição do participante, sendo questionado o porquê de uma pessoa curatelada não ser acompanhada por um profissional da psiquiatria, dado que foi declarado como incapaz em decorrência de transtorno psiquiátrico, e a família não fazia nenhum tipo de acompanhamento, sendo então solicitado que Sr. João recebesse o atendimento de um profissional de referência.

Semanas após este contato, o Sr. João passou por consulta com médico psiquiatra e foi medicado para o TOC - razão de abertura do processo de curatela. Porém, após iniciar a medicação, o Sr. João demonstrou piora significativa de sua autonomia apresentando sialorréia⁴, perda do controle dos

³ Com o objetivo de proteção prevista no aparato legal do Código Civil (Lei nº 10.406/02), a curatela é uma medida judicial que ocorre por solicitação de familiares ou Ministério Público, a partir da interdição do indivíduo, quando identificada a situação de falta de condições concretas por parte da pessoa idosa em gerir a sua própria vida e seu patrimônio, caso tenha, ou seja, quando for constatada a incapacidade para os atos da vida civil.

⁴ Sialorreia (hipersalivação) é multicausal e ocorre quando a produção de saliva excede a habilidade do indivíduo em transportá-la ao estômago. O excesso de saliva provoca prejuízo da função mastigatória, interferência na fala, infecções perineais, mucosites, perda de fluidos, eletrólitos e proteínas. Gera impactos negativos - físicos e psicossociais - influencia na integração

esfíncteres, reclamando que se sentia dopado, pois os remédios eram muito fortes. O enfermeiro do CDI procurou o médico de referência, porém apenas conseguiu atendimento por meio de sua secretária que, após insistência, conseguiu uma reavaliação. Após readequação e redução das dosagens prescritas, o participante teve melhora de seu estado de consciência, e parou de apresentar sialorréia, porém a perda do controle dos esfíncteres foi permanente.

Neste íterim, com a perda da autonomia, houve declínio muito acentuado no autocuidado e a família foi novamente convocada para uma conversa. Porém, os familiares chegaram com a ideia de retirar o idoso do CDI, com a desculpa de que não aguentavam mais serem repreendidos pelo enfermeiro. O profissional, por sua vez, apresentou a totalidade das ações que deveriam ser assumidas pela família caso o idoso fosse desligado da instituição, como: no mínimo três refeições; atividades físicas; estímulos cognitivos; convivência com outras pessoas e o acompanhamento de saúde. Também enfatizou que, devido ao histórico das ações de cuidado, a rede de cuidados não poderia abandonar o idoso, ou restringir cuidados, principalmente por serem eles os curadores do Sr. João, e que administravam o dinheiro que ele recebia, destinado para melhora de sua qualidade de vida.

A saída sugerida pela equipe técnica foi a de utilização dos proventos do participante para contratação de um cuidador de idosos, que o auxiliasse nas atividades básicas de vida diária (ABVD) e melhorasse suas condições de saúde. Foi então contratada a cuidadora Regina, que já era conhecida pela equipe por ser filha de uma participante do CDI, sendo realizado atendimento multiprofissional com a mesma, a fim de garantir a orientação do plano de cuidado desenvolvido pela equipe.

Sob os cuidados de Regina, observou-se uma melhora significativa na aparência e rotina do idoso, como barba feita, melhor aceitação para o banho, troca de vestimenta, diminuição de hábitos permeados pela acumulação compulsiva ou disporofobia (fobia em dispor das coisas) e variedade na alimentação, com aumento de peso e pele corada. A cuidadora teve um papel essencial na reorganização da casa e da rotina do idoso, comprando móveis e utensílios além de retirar, segundo a mesma, mais de uma centena de sacos de lixo acumulados na casa.

Por outro lado, com a presença da cuidadora na gestão do cuidado do Sr. João, a negligência por parte dos familiares tornou-se evidente, sobrecarregando a profissional responsável, sem que a mesma percebesse os limites de sua função, assumindo, muitas vezes, cuidados que seriam de responsabilidade dos familiares.

Com exigências feitas pela cuidadora e orientações da equipe técnica do CDI, os familiares contrataram um fisioterapeuta no domicílio, com objetivo de melhorar a marcha do idoso, além de retomarem os serviços de um profissional

social e provoca subestimação intelectual. Fonte: <https://www.einstein.br/Pages/Doenca.aspx?eid=200>

de limpeza e uma cuidadora para banho aos finais de semana, mantendo, desta forma, a rotina do idoso, para que ele não diminuísse a aceitação deste cuidado - sempre muito difícil.

Pandemia e atualizações do caso

Com a chegada da doença do coronavírus (SARS-CoV-2) iniciada em Wuhan na China, causando a COVID-19 - doença que provoca infecções assintomáticas até quadros graves, como a morte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020) - a equipe técnica começou a se organizar, para informar os familiares dos participantes a importância da prevenção, mas com o aumento de casos, as atividades presenciais foram suspensas, considerando Decretos municipais e estadual, como também as Notas Técnicas da Secretaria Municipal de Desenvolvimento e Assistência (SMADS).

Sendo os idosos um grupo de risco, os atendimentos passaram a ser realizados de forma remota, atuando através de orientações quanto aos cuidados dos idosos e atividades elaboradas inicialmente pela terapeuta ocupacional, enquanto recurso de atividades no domicílio - estratégia para manter as habilidades dos idosos, diminuindo as chances de perda cognitiva e motora - e se estendeu para um plano de atividades, elaborado pela equipe técnica com base na proposta inicial. E o Sr. João realizou as atividades com o apoio da cuidadora, apresentando resposta positiva em relação às atividades encaminhadas.

Com novas demandas e cuidados diários, Regina extrapolou os limites de seu trabalho, chegando a levar o idoso para sua casa no período de festas de fim de ano, sempre nos informando do quadro do idoso, situação na qual os familiares já não sabiam mais nos responder. Observamos, assim, a necessidade de realizar um atendimento familiar e com a cuidadora para definir a organização do processo de cuidado.

Diante do exposto, foi realizada pela equipe técnica atendimento multiprofissional com a presença do Sr. Alberto (irmão e curador) e Sr. Carlos (sobrinho), em um primeiro momento, buscando a princípio realizar uma avaliação sobre o processo e plano de cuidado elaborado pelo CDI e, em seguida, dialogando sobre as demandas observadas no que se refere aos papéis da família e da cuidadora.

Contudo, mesmo considerando o abordado pela equipe, a família sinalizou neste atendimento que haviam solicitado ao Judiciário a institucionalização do idoso em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), referindo estarem aguardando retorno do Juiz. Sobre essa solicitação a família justificou como sendo necessária, considerando os avanços do quadro de dependência de Sr. João.

Em um segundo momento, o atendimento multiprofissional foi realizado com Regina (cuidadora), sendo abordados os mesmos temas de reflexão e demandas. Como resultado dessa intervenção, tivemos retorno positivo no que

se refere ao processo de reflexão sobre a situação, onde família e cuidadora demonstraram compreensão sobre o exposto.

Entretanto, em decorrência de mais um Acidente Vascular Cerebral (AVC), o Sr. João necessitou de atendimento hospitalar intensivo e, não resistindo ao quadro, foi confirmado o óbito.

Após este fato, a equipe técnica, em um momento de reflexão sobre esse processo de trabalho, chegou ao entendimento que a intervenção interdisciplinar do CDI foi de extrema importância, uma vez que conseguiu garantir um último ano de vida ao Sr. João, no qual suas necessidades e demandas, considerando as premissas do aparato legal do Estatuto do Idoso, foram acolhidas e atendidas, assegurando sua a dignidade como pessoa idosa.

Considerações finais

Este relato de caso apresenta a experiência da abordagem interdisciplinar, por parte de diferentes profissionais, na intervenção e nos cuidados do Sr. João. Os desdobramentos foram positivos, entretanto deixa questões para reflexão como: os limites de trabalho da cuidadora; assunção de papel de cuidador por parte da família; assim como melhor relação entre ambos. Os resultados ressaltam a importância dos aparelhos de convivência (NCI e CDI) na manutenção da qualidade de vida dos idosos, diminuindo o número de internações e prevenindo o agravamento de condições já instauradas, por meio da estimulação cognitiva, prática de exercícios físicos, garantia de segurança alimentar, direitos sociais e convivência.

O trabalho em equipe foi fundamental para a compreensão e operacionalização das práticas interdisciplinares planejadas e efetivadas nos atendimentos individuais e coletivos, em visitas domiciliares e nas reuniões de equipe. Os desafios encontrados são relativos à construção desta abordagem profissional interdisciplinar, que esbarra nos limites e na constituição das especialidades envolvidas.

Ficou evidenciado que o trabalho interdisciplinar não está dado, mas é construído nas práticas cotidianas conjuntas, pelos profissionais envolvidos, de forma solidária na articulação de seres, saberes e fazeres.

Referências

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 23 nov. 2020.

BRASIL. Lei 8.742, de 07 de dezembro de 1993. *Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências*. 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm> Acesso em: 12 nov. 2020.

BRASIL. Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional de Assistência Social. *Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome*. Brasília, 2005. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf Acesso em: 17 nov. 2020.

FREIRE, L.A.; ALMEIDA, R.S. A Interdisciplinaridade como Integração do Conhecimento: Superando a Fragmentação do Saber. *Percurso Acadêmico*, Belo Horizonte, v. 07, n. 14, p. 436-452, 2018.

JAPIASSU, H. A Crise das Ciências Humanas. In: FAZENDA, I (org). *A Pesquisa em Educação e as Transformações do Conhecimento*. São Paulo: Papyrus, 1995.

_____. *Desistir de Pensar? Nem Pensar!* São Paulo: Letras & Letras, 2001.

JORGE, E.M.; PONTES, R.N. A Interdisciplinaridade e o Serviço Social: estudo das relações entre profissões. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 175 – 187, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Sobre a doença*. Disponível em: <<https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca>>. Acesso em 20 jan 2020.

ROMUALDO, C. da R. L. *Implantação dos Centros Dia para Idosos no Município de São Paulo*. 2017. Disponível em: <<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Artigos/Implanta%C3%A7%C3%A3o%20dos%20Centros%20Dia%20para%20Idosos%20no%20Munic%C3%ADpio%20de%20S%C3%A3o%20Paulo.pdf>> Acesso em: 17 nov. 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA. *Indicadores sociodemográficos da população idosa na cidade de São Paulo*. 2019. Disponível em: <[https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/DOSO/PUBLICACOES/Indicadores%20sociais_10_02_2020%20\(3\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/DOSO/PUBLICACOES/Indicadores%20sociais_10_02_2020%20(3).pdf)>. Acesso em: 02 mar 2021.

SOUSA SANTOS, B; MENESES, M. P. G; NUNES, J. A. *Introdução: Para ampliar o cânone da ciência: a diversidade epistemológica no mundo (s/d)*. Disponível em: <https://www.ces.uc.pt/publicacoes/res/pdfs/IntrodBioPort.pdf>

SPOSATI, A. *et.al. Desigualdades nos territórios da cidade: métricas sociais intraurbanas em São Paulo*. São Paulo: EDUC, 2017.

Data de recebimento: 31/01/2021; Data de aceite: 08/03/2021

Igor Gonçalves Giangrossi - - Graduado em Enfermagem, Pós-graduando em Enfermagem, Geriatria e Gerontologia, Serviço Franciscano de Solidariedade. E-mail: igor.giangrossi@sefras.org.br

Maria Daniela Clementino - Graduada em Nutrição, Mestre em Ciências do Envelhecimento, Serviço Franciscano de Solidariedade. E-mail: maria.clementino@sefras.org.br

Patricia Suarez Runga - Graduada em Terapia Ocupacional, Especialista em Geriatria e Gerontologia, Serviço Franciscano de Solidariedade. E-mail: patricia.runga@sefras.org.br

Tatiane Cristina Araújo de Oliveira Lima - Graduada em Serviço Social, Especialista em Saúde da Criança e Adolescente, Serviço Franciscano de Solidariedade. E-mail: tatiane.lima@sefras.org.br

Viviani Modesto - Graduada em Psicologia, Especialista em Programa Saúde da Família, Pós-graduanda em Terapia Cognitivo Comportamental. E-mail: viviani.modesto@sefras.org.br

Yamim Alves Fabiano - Graduada em Serviço Social, Serviço Franciscano de Solidariedade. E-mail: yamim.alves@sefras.org.br