



## PERCEPCIONES ACERCA DE LA ATENCIÓN A LA SALUD DE LA PERSONA MAYOR EN LA REDE BEM CUIDAR: ESTUDIO CUALITATIVO\*

PERCEPTIONS ABOUT HEALTH CARE FOR OLDER ADULTS IN THE REDE BEM CUIDAR: QUALITATIVE STUDY

PERCEPÇÕES ACERCA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA REDE BEM CUIDAR: ESTUDO QUALITATIVO

Alan Rafael Martins Savariz<sup>1</sup>  
Marinês Tambara Leite<sup>1</sup>  
Darielli Gindri Resta Fontana<sup>1</sup>  
Patrícia de Carli<sup>2</sup>  
Rafael Marcelo Soder<sup>1</sup>  
Letícia de Moura<sup>1</sup>

ORCID: 0009-0004-8149-8062  
ORCID: 0000-0003-3280-337X  
ORCID: 0000-0002-3796-6947  
ORCID: 0000-0002-3011-2690  
ORCID: 0000-0003-4467-1933  
ORCID: 0000-0002-6461-893X

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões, Palmeira das Missões, RS, Brasil  
<sup>2</sup> Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, Palmeira das Missões, RS, Brasil

**Cómo citar:** Savariz ARM, Leite MT, Fontana DGR, Carli P, Soder RM, Moura L. Perceptions about health care for older adults in the Rede Bem Cuidar: qualitative study. Online Braz J Nurs. 2026;25(1):e20266944. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20266944>

### RESUMO

**Objetivo:** Compreender a implementação da Rede Bem Cuidar – Rio Grande do Sul, na perspectiva de gestores e profissionais da atenção primária à saúde. **Método:** Estudo qualitativo realizado com gestores e profissionais vinculados ao referido programa. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, conduzidas com base em um roteiro elaborado pelos pesquisadores e fundamentado no Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária à Saúde. Os dados foram analisados por meio de análise temática. **Resultados:** Observou-se convergência na compreensão de profissionais e gestores acerca do programa, embora tenham emergido diferentes percepções e experiências relacionadas à sua implementação. Os achados evidenciam avanços e desafios no processo de implantação da iniciativa. De modo geral, os participantes relataram mudanças significativas na atenção à saúde da pessoa idosa, impulsionadas pelas metas estabelecidas pelo programa e pela disponibilização de recursos financeiros. **Conclusão:** A Rede Bem Cuidar apresenta potencial para promover mudanças relevantes na atenção à saúde da pessoa idosa. Entretanto, ainda existem desafios a serem superados para a consolidação de sua implementação e para a qualificação das ações assistenciais voltadas a essa população.

**Descritores:** Serviços de Saúde para Idosos; Política de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso.

### ABSTRACT

**Objective:** To understand the implementation of the Rede Bem Cuidar – Rio Grande do Sul from the perspective of managers and professionals working in primary health care. **Method:** Qualitative study conducted with managers and professionals linked to the program. Data collection was carried out through semi-structured interviews, conducted based on a script developed by the researchers and grounded in the Instrument for Assessing the Coordination of Health Care Networks by Primary Health Care. Data were analyzed using thematic analysis. **Results:** Convergence was observed in the understanding of professionals and managers regarding the program, although different perceptions and experiences related to its implementation emerged. The findings highlight both advances and challenges in the process of implementing the initiative. Overall, participants reported significant changes in health care for older adults, driven by the targets established by the program and by the availability of financial resources. **Conclusion:** The Rede Bem Cuidar has the potential to promote relevant changes in health care for older adults. However, challenges remain to be overcome to consolidate its implementation and to improve the quality-of-care actions directed toward this population.

**Descriptors:** Health Services for the Aged; Health Policy; Primary Health Care; Health of Older People.

### RESUMEN

**Objetivo:** Comprender la implementación de la Rede Bem Cuidar - Rio Grande do Sul desde la perspectiva de gestores y profesionales de la atención primaria a la salud. **Método:** Estudio cualitativo realizado con gestores y profesionales vinculados al referido programa. La recolección de datos se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas, conducidas con base en un guion elaborado por los investigadores y fundamentado en el Instrumento de Evaluación de la Coordinación de las Redes de Atención a la Salud por la Atención Primaria a la Salud. Los datos fueron analizados mediante análisis temático. **Resultados:** Se observó convergencia en la comprensión de profesionales y gestores acerca del programa, aunque emergieron diferentes percepciones y experiencias relacionadas con su implementación. Los hallazgos evidencian avances y desafíos en el proceso de implantación de la iniciativa. En general, los participantes informaron cambios significativos en la atención a la salud de la persona mayor, impulsados por las metas establecidas por el programa y por la disponibilidad de recursos financieros. **Conclusión:** La Rede Bem Cuidar presenta potencial para promover cambios relevantes en la atención a la salud de la persona mayor. Sin embargo, aún existen desafíos por superar para la consolidación de su implementación y para la cualificación de las acciones asistenciales dirigidas a esta población.

**Descriptores:** Servicios de Salud para los Ancianos; Política de Salud; Atención Primaria a la Salud; Salud del Anciano.

### Editores:

Rosimere Ferreira Santana (ORCID: 0000-0002-4593-3715)  
Geilsa Soraia Cavalcanti Valente (ORCID: 0000-0003-4488-4912)  
Gicelle Galvan Machineski (ORCID: 0000-0002-8084-921X)

### Autor correspondiente:

Alan Rafael Martins Savariz  
Correo electrónico: alan\_savariz@hotmail.com

### Editora:

Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – UFF  
Rua Dr. Celestino, 74 – Centro, CEP: 24020-091 – Niterói, RJ, Brasil  
Correo electrónico de la revista: objn.cme@id.uff.br

#### Lo que ya se sabe:

- El envejecimiento poblacional está asociado con cambios biológicos, sociales y funcionales que demandan especificidades en la atención a la salud.
- La atención primaria a la salud constituye la principal puerta de entrada del sistema de salud y debe contar con estrategias orientadas a la promoción de la salud.
- La *Rede Bem Cuidar* – Rio Grande do Sul (RS) es un programa desarrollado con el objetivo de ampliar y cualificar el cuidado destinado a las personas mayores.

#### Lo que este artículo añade:

- Los desafíos identificados en el estudio pueden subsidiar la implementación de medidas orientadas al fortalecimiento de la *Rede Bem Cuidar RS*.
- Los recursos disponibilizados por el programa contribuyeron positivamente a la cualificación de la atención a la salud de la persona mayor.
- El programa promovió modificaciones significativas en la atención a la salud de la persona mayor en el ámbito de la atención primaria a la salud.

## INTRODUCCIÓN

A transição demográfica tem resultado no aumento da La transición demográfica ha resultado en el aumento de la proporción de personas mayores en la población, configurando el envejecimiento como un fenómeno global que se ha intensificado en las últimas décadas y refleja transformaciones sociales significativas<sup>(1)</sup>. Este escenario impone importantes desafíos a los sistemas de salud, que pasan a demandar modelos de cuidado capaces de promover la autonomía y preservar la capacidad funcional de las personas mayores<sup>(2)</sup>.

El proceso de envejecimiento implica modificaciones progresivas e irreversibles, que no siempre presentan carácter patológico, pero que pueden contribuir al aumento de la vulnerabilidad y al deterioro del estado de salud<sup>(3)</sup>. Ante el crecimiento del contingente de personas mayores y la complejidad de sus necesidades de salud, se hace necesario adoptar enfoques que integren acciones de prevención de enfermedades y de promoción del bienestar<sup>(4)</sup>.

En este contexto, la atención primaria a la salud (APS) desempeña un papel central en el cuidado de la persona mayor, pues debe considerar la individualidad del sujeto y los determinantes sociales que influyen en su proceso de salud y enfermedad<sup>(5)</sup>. Con el objetivo de promover el envejecimiento saludable y responder a las demandas de esta población, fue creada la *Rede Bem Cuidar RS* (RBC-RS), programa desarrollado por la Secretaría Estatal de Salud de Rio Grande do Sul (SES-RS) para ampliar y cualificar la atención a la salud de las personas mayores<sup>(6)</sup>.

La RBC-RS busca articular los servicios de salud y promover un cuidado efectivo y humanizado, que respete las particularidades de las personas mayores y contribuya a la mejora de su calidad de vida<sup>(6)</sup>. Las acciones desarrolladas tienen como objetivo cualificar los procesos de trabajo y la asistencia en salud ofrecida a la población. La implementación del programa tiene como finalidad ofrecer servicios más sensibles a las demandas de esta población, con mayor resolutivez, fortalecimiento de la participación social, ampliación y cualificación del acceso a los servicios de salud, además de la adopción de estrategias continuas de educación en salud<sup>(6)</sup>.

Para que la implementación del programa sea efectiva, es fundamental que los procesos de trabajo adoptados sean capaces de garantizar la calidad de los servicios y de los cuidados en salud<sup>(7)</sup>. En este sentido, se destaca el papel de los profesionales de la APS en la reevaluación de las necesidades del territorio adscrito, utilizando conocimientos, habilidades y competencias para la elaboración de estrategias orientadas a las demandas relacionadas con el proceso de salud y enfermedad de la persona mayor. Esta actuación debe priorizar un enfoque holístico y centrado en el paciente<sup>(8,9)</sup>.

Ante la necesidad de evaluar la implementación del programa y considerando el papel de los trabajadores de la

salud en este proceso, este estudio tuvo como objetivo comprender la implementación de la RBC-RS desde la perspectiva de gestores y profesionales de la APS.

## MÉTODO

Se trata de un estudio cualitativo de carácter analítico, fundamentado en las políticas públicas de atención a la salud de la población mayor. Para orientar la claridad metodológica y la redacción del estudio, se siguieron las recomendaciones del *Checklist Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*<sup>(10)</sup>.

El estudio se realizó en la 20ª Región de Salud, ubicada en el estado de Rio Grande do Sul, Brasil. Esta región está compuesta por 26 municipios, siendo la mayoría de ellos con población igual o inferior a 5 mil habitantes.

Gestores y profesionales vinculados a la RBC-RS participaron en el estudio. Todos los municipios que componen la 20ª Región de Salud se adhirieron al programa. En lo que se refiere a los gestores, conforme a las orientaciones de la SES-RS, estos no debían integrar el equipo mínimo de la APS. Por su parte, los profesionales participantes eran aquellos que actuaban en los equipos de salud de la familia que se adhirieron a la RBC-RS.

Para la inclusión de los municipios en el estudio, se estableció como criterio que debían contar con gestor y profesionales actuando desde el momento de creación e implementación del programa. Tras la aplicación de este criterio, de los 26 municipios de la región, 12 cumplieron los requisitos y fueron incluidos en el estudio. En cada municipio seleccionado participaron un gestor y un profesional vinculado a la RBC-RS, totalizando 24 participantes. La elección de los profesionales se realizó por sorteo.

La recolección de datos se llevó a cabo entre abril y junio de 2024, mediante entrevistas presenciales e individuales, previamente programadas, conducidas por el investigador principal, estudiante de posgrado a nivel de maestría. Se utilizó un guion de entrevista dividido en dos etapas. La primera contemplaba la caracterización de los participantes, incluyendo edad, sexo, función, situación conyugal, escolaridad, tiempo de formación y tiempo de actuación en la Estrategia Salud de la Familia (ESF). La segunda etapa contenía preguntas abiertas relacionadas con el objetivo del estudio, adaptadas a partir del Instrumento de Evaluación de la Coordinación de las Redes de Atención a la Salud por la Atención Primaria a la Salud.

Las entrevistas fueron grabadas, con duración media de 26 minutos, y posteriormente transcritas íntegramente, totalizando 249 páginas de material textual. El análisis de los datos siguió los supuestos del análisis temático propuesto por Minayo<sup>(11)</sup>, estructurado en tres fases. En la primera fase, denominada preanálisis, se realizó el contacto inicial con los documentos, con el objetivo de organizar y preparar el mate-

rial, además de realizar una lectura flotante. En la segunda fase, se utilizó el *software* NVivo, versión 15, herramienta de apoyo al análisis cualitativo, para la exploración del material y la realización de la codificación, con identificación de núcleos de sentido, elementos de contexto y categorías temáticas. En la tercera fase, se procedió al tratamiento de los resultados, con identificación de las categorías emergentes, seguimiento de la interpretación y discusión de los hallazgos a la luz de la literatura científica y de las políticas de atención a la salud de la población mayor.

El estudio siguió los principios éticos de la investigación con seres humanos, conforme a lo establecido por las Resoluciones no. 466/2012<sup>(12)</sup> y no. 510/2016<sup>(13)</sup>. La investigación fue aprobada por el comité de ética en investigación con seres humanos bajo el dictamen no. 6.612.856. Para garantizar el anonimato de los participantes, se utilizaron las letras G y P seguidas de numeral (G1, G2, G3... y P1, P2, P3...), correspondientes, respectivamente, a los gestores y a los profesionales participantes del estudio.

## RESULTADOS

Entre los gestores participantes, todos eran de sexo femenino, con una media de edad de 39 años. En cuanto al estado civil, seis eran casadas, cuatro solteras y dos vivían en unión estable. En relación con la función desempeñada, cinco trabajaban como enfermeras, dos como secretarías de salud, una como coordinadora de salud, una como coordinadora de unidad básica de salud, una como coordinadora de la APS, una psicóloga y una asistente social. El nivel de escolaridad predominante fue posgrado, referido por siete participantes, mientras que cinco tenían únicamente licenciatura. En promedio, las participantes tenían 13 años de formación profesional y 12 años de actuación en la unidad de salud. Todas relataron haber realizado cursos de actualización o perfeccionamiento después de la graduación.

Entre los 12 profesionales entrevistados, nueve eran de sexo femenino y tres de sexo masculino, con una media de edad de 38 años. En relación con el estado civil, seis eran solteros, cinco casados y uno vivía en unión consensual. En cuanto a la formación profesional, cuatro eran enfermeros, tres médicos, tres dentistas, una psicóloga y una nutricionista. En relación con la escolaridad, dos habían concluido posgrado a nivel de maestría, siete tenían especialización y tres únicamente licenciatura. Todos relataron haber realizado cursos de actualización o perfeccionamiento después de la formación. El tiempo medio de formación profesional fue de 13 años, mientras que el tiempo medio de actuación en la unidad de salud fue de 9 años.

El análisis de los datos permitió identificar dos categorías temáticas: comprensiones acerca de la RBC-RS: modificaciones en la atención a la salud de las personas mayores; y desafíos para la implementación de la RBC-RS en el contexto de la APS.

### Comprensiones acerca del programa RBC-RS: modificaciones en la atención a la salud de las personas mayores

La comprensión sobre el funcionamiento y los objetivos de la RBC-RS se mostró como un elemento relevante en la práctica de los servicios de salud, pues permite que profesionales y gestores comprendan sus finalidades y metas. Los fragmentos de los discursos evidenciaron que tanto profesionales como gestores demostraban conocimiento sobre el pro-

grama, destacando, en la práctica cotidiana, el foco central en la salud de la persona mayor.

*Entendí que eran acciones que teníamos que planificar, conociendo la realidad de nuestra población y teniendo una mirada dirigida a la población mayor (G12).*

*Mi percepción de la Rede Bem Cuidar es que se trata de algo centrado en la persona mayor. Y se basa en toda una estructura y en una atención diferenciada para las personas mayores (G3).*

*La Rede Bem Cuidar es una política de salud estatal, orientada a algunos públicos, por ejemplo, las personas mayores, las gestantes y algunos grupos específicos, que viene a mejorar tanto en equipamientos como en estructura (P10).*

Los participantes relataron que, antes de la implementación del programa, el cuidado de la persona mayor en la APS estaba centrado principalmente en la atención a la demanda espontánea y en la realización de inmunizaciones. Con la implementación de las acciones preconizadas por la RBC-RS, la asistencia pasó a incluir la evaluación multidimensional, permitiendo un enfoque más dirigido y preciso, al considerar las singularidades asociadas a la senescencia y las implicaciones del proceso de envejecimiento en las dimensiones biopsicosociales.

*Para nosotros, la atención al adulto mayor era vacunar, la campaña contra la gripe y la consulta. Cuando comenzó la evaluación multidimensional empezamos a entender otras cosas y pasamos a trabajar más con las personas de la tercera edad (G1).*

*No había nada orientado específicamente a las personas mayores. Y cuando empezamos a desarrollar algunas estrategias de atención para ellas, vimos cuántas personas mayores tenemos, cuál es la población de riesgo y quiénes son nuestros adultos mayores más frágiles. Entonces el propio equipo comenzó a organizarse y a mirar de otra manera: tanto a esta población que necesita ser atendida como la forma en que vamos a atenderla (P4).*

*La evaluación multidimensional de las personas mayores fue importante para conocer su perfil y para acercarnos más a ellas. Esa evaluación siempre estuvo disponible, era una herramienta que todos podían utilizar, pero que no usábamos ni priorizábamos en nuestra agenda, y ahora pasó a ser prioritaria. Eso hizo que tengamos una mirada diferente hacia las personas mayores en general (G8).*

Esta evaluación ampliada impactó positivamente el proceso de toma de decisiones clínicas y favoreció diagnósticos más precisos, posibilitando la identificación precoz de alteraciones relacionadas con el proceso salud-enfermedad. Uno de los profesionales relató que, por medio de la evaluación multidimensional, fue posible identificar precozmente un caso de cáncer de intestino, lo que permitió la intervención oportuna y la rehabilitación del paciente.

*La meta del programa me llevó a una casa a la que normalmente no habría ido. Diagnosticamos cáncer de intestino en una paciente que no acudía al servi-*

*cio. “Ah, pero ella está bien”, pero aun así tenía que ir a pesarla y verla. Fuimos y no estaba bien. Le pregunté: ¿se ha hecho una colonoscopia, algún examen de rutina? “Hace mucho que no me hago nada, nunca me hice”. El resultado fue cáncer de intestino. Fue tratada y hoy está bien. Pero fue porque hicimos un diagnóstico precoz gracias a una meta del programa, que era pesar. Cuando tienes una meta preestablecida y un profesional capacitado trabajando con ella, puedes hacer un diagnóstico diferencial (P7).*

La incorporación de la evaluación multidimensional en la atención a la salud de la persona mayor, asociada a las demás premisas de la RBC-RS, también permitió la implementación de los proyectos terapéuticos singulares (PTS). Estos proyectos orientan intervenciones centradas en el individuo, considerando las características individuales de la persona mayor y su contexto sociocultural.

*Conseguimos tener más tiempo, identificar quiénes son los pacientes que acuden con mayor frecuencia y, dentro de eso, también elaborar un proyecto terapéutico singular. Fue algo que se hizo y que funcionó (G8).*

*Seguimos manteniendo las evaluaciones multidimensionales y las visitas domiciliarias. También construimos los PTS con el equipo. Lo hacíamos bastante, fue muy bueno y creo que se mantiene; vino de allí y sigue manteniéndose (G11).*

*Cuando pensamos en elaborar un PTS, necesitamos mirar a quién vamos a atender. Cuando intentamos organizarlo es cuando vemos lo complejo que es y cuánto es posible intervenir en una situación (P4).*

Además de las actividades desarrolladas en la unidad de salud, la atención a la persona mayor pasó a incluir acciones complementarias dirigidas al mantenimiento de la capacidad funcional. Entre estas actividades se destacó la oferta gratuita de pilates para la población mayor, viabilizada mediante los recursos financieros proporcionados por la RBC-RS.

*Empezamos a ofrecer pilates para ellos, a partir de los 55 años, impulsados por la Rede Bem Cuidar y por los recursos que llegaron. Aquí se instaló un estudio de pilates y se contrató a un fisioterapeuta para trabajar exclusivamente con este público (G1).*

La implementación de la RBC-RS también promovió cambios en los procesos de trabajo, evidenciados tanto en los discursos de los profesionales como en los de los gestores. Se observó una ampliación de las acciones de búsqueda activa de usuarios con enfermedades crónicas en el territorio adscrito, especialmente mediante visitas domiciliarias, además de una mayor atención a las necesidades de consulta en los servicios de salud. Estas acciones comenzaron a desarrollarse de manera multiprofesional.

*Siempre estamos mejorando la atención, buscando a los diabéticos y a los hipertensos, revisando la medicación y viendo si realmente la están tomando correctamente. Esto ya era una práctica del equipo. En las visitas domiciliarias, con los agentes de salud, intentamos hacer este seguimiento muy de cerca (G12).*

*Hacemos muchas visitas domiciliarias todos los días. Atendemos bien. No existe eso de pedir una visita domiciliaria hoy porque el paciente está mal o encamado y dejarla para el próximo turno o para mañana. No. Vamos en el momento en que se solicita (G2).*

*Hacemos la programación, el agente de salud identifica las demandas, lo que más necesitan, y nos lo comunica. Entonces hacemos la visita domiciliaria o realizamos la consulta aquí en la UBS (P12).*

Adicionalmente, se relató la implementación o el fortalecimiento de grupos de salud dirigidos a las personas mayores, conducidos por equipos multiprofesionales y orientados a temas relacionados con la salud de esta población. También se mencionaron iniciativas como ferias de salud, que amplían los espacios de cuidado y contribuyen a dar mayor visibilidad a las acciones dirigidas a la atención de la persona mayor.

*Organizamos eventos grandes, ¿sabes? Y participé todo el mundo. Teníamos un grupo de personas mayores y, en ese período, todos los profesionales participaron y ayudaron. (G11)*

*Siempre fueron atendidos. Pero no había una atención como la que hay ahora. No existían los grupos de personas mayores. Había atención normal en la unidad. Ahora tenemos una reunión mensual con ellos. Es para todas las personas mayores, pero suelen asistir entre 40 y 50 en cada encuentro. En cada reunión participa un profesional diferente. Es una atención que antes no existía. (G5)*

*Conseguimos acercarnos más a las personas mayores. Con las evaluaciones multidimensionales tuvimos más contacto con ellas. Realizamos ferias de salud para personas mayores y visitas domiciliarias. Logramos organizarnos mejor. (G11)*

Otro aspecto destacado fue el fortalecimiento del vínculo entre las personas mayores y los profesionales de los servicios de salud, derivado de las acciones desarrolladas en el ámbito de la RBC-RS. Este vínculo fue percibido como un elemento importante para la humanización y cualificación de la atención, permitiendo que la persona mayor sea atendida de manera integral, sin centrarse exclusivamente en las comorbilidades.

*Como llevo muchos años trabajando en el municipio, percibí que antes existían acciones aisladas, no tan enfocadas o con objetivos claros. Hoy veo este trabajo más organizado, sistematizado y con garantías y derechos importantes. (P1)*

*Lo más interesante es ver realmente a la persona mayor como un todo. Antes no teníamos esa visión. Después de esta formación, miras la marcha, la piel, miras el conjunto. Incluso desde el domicilio. La integralidad del ser humano. (G3)*

*Con la Rede Bem Cuidar creo que hubo una mayor cercanía con las personas mayores. Empezamos a buscarlas para que entraran en contacto con nosotros. Lo que percibí, principalmente en comparación*

*con antes, fue una mayor proximidad entre el equipo y las personas mayores. (P3)*

Además de los impactos directos en la asistencia, la RBC-RS también promovió acciones de capacitación dirigidas a los profesionales de salud, con el objetivo de cualificar la atención a las demandas de la población mayor.

*Hubo un (curso) que me gustó mucho, el de polifarmacia. Me pareció muy bueno porque habla sobre las interacciones entre los medicamentos (G2).*

En general, tanto gestores como profesionales relacionaron cambios positivos derivados de la implementación de la RBC-RS, destacando la disponibilidad de recursos financieros, mejoras en la infraestructura y la incorporación de una nueva mirada sobre el cuidado de la persona mayor en el ámbito de la ESF.

*Creo que la red solo viene a sumar, porque además de recursos y estructura, mejora la atención para esta población. Así que me parece muy válido (P10).*

*Creo que es un programa que, si todos se comprometen, fue una buena decisión del gobierno implementarlo. No sé cómo está la adhesión de los municipios del estado, pero es una buena iniciativa. Ya se nota una diferencia, aunque no sea del 100%, pero en relación con la atención a las personas mayores está mucho mejor que antes (G6).*

*Creo que mejoró de manera general, porque trabajamos durante ciclos anteriores [...]. Eso hizo que tuviéramos una mirada diferente, dirigida a la persona mayor, en las diversas etapas que se realizaron. Creo que sí mejoró, sin duda (G8).*

### **Desafíos para la implementación de la RBC-RS en el contexto de la atención primaria de salud**

Profesionales y gestores relataron que la implementación de la RBC-RS estuvo inicialmente marcada por cierta resistencia a la adopción de las nuevas estrategias propuestas por el programa, especialmente en lo que se refiere a la estandarización de la evaluación multidimensional y a la necesidad de alcanzar los indicadores establecidos para el cumplimiento de las metas.

*Entonces intentamos empezar con la evaluación multidimensional, cosas que antes no se hacían. Comenzamos a adherirnos. Claro, siempre hay un poco de resistencia. Creo que en cualquier cosa que uno vaya a implementar siempre habrá resistencia. Pero pienso que estamos logrando avanzar. (P8)*

*Hoy todo el mundo sabe que existe la Rede Bem Cuidar, qué se hace y qué no se hace, pero al principio sentí un poco de resistencia por parte del equipo. “¿Por qué estas metas? ¿Por qué tenemos que hacer esto?” Eso genera cuestionamientos, porque hay personas que piensan: ¿para qué más esto? Entonces, al principio fue más difícil, hoy ya es más accesible. (G9)*

Las dificultades relacionadas con el logro de estas metas se atribuyeron principalmente a la insuficiencia de espacios de diálogo e intercambio entre la gestión y los profe-

sionales, así como a la falta de una adecuada clarificación sobre los nuevos indicadores utilizados para orientar el cuidado de la persona mayor. Esta brecha de comunicación contribuyó a dificultades en la comprensión de las metas y en la organización de las acciones necesarias para alcanzarlas.

*Muy poco, muy poco discutido, nada, cero. La secretaria no, su atención hacia el programa con nosotros es cero; nunca nos llamó para sentarnos, conversar algo, pedir sugerencias de algún tipo de atención o trabajo diferente, hacer algo, dar mayor atención a determinada área. (G5)*

*En realidad, las metas fueron un problema para nosotros, porque hasta entender cómo funcionaba todo tuvimos bastante dificultad; tanto que no alcanzamos las metas al principio. (G6)*

*Percibí la dificultad para alcanzar esas metas por la cuestión de la organización para reunir al equipo. Entonces creo que falta organización, quizá incluso de mi parte, como gestora de la RBC. (G7)*

Otro desafío señalado fue la necesidad de conciliar las actividades de la ESF con las acciones propuestas por la RBC-RS. Según los participantes, gran parte de la jornada de trabajo se destina a la atención de la demanda espontánea y a las consultas previamente programadas, lo que limita la disponibilidad de tiempo para la realización de otras actividades vinculadas al programa. Además, el número reducido de profesionales en los servicios fue mencionado como un factor que dificulta la ampliación y la consolidación de las acciones propuestas.

*Si tuviéramos más tiempo para dedicarnos a determinado proyecto, pero terminamos teniendo la demanda diaria de pacientes que no están programados, además de las consultas programadas, los proyectos y también las visitas. Y a veces surge algo durante el día que hay que resolver... entonces a veces se vuelve complicado. (P6)*

*En realidad, los programas van aumentando y las personas siguen siendo las mismas y la carga horaria también, entonces realmente no se logra dar abasto. (G10)*

*Creo que se desarrollaría mejor en un equipo más pequeño, porque aquí la demanda es muy grande y tenemos que atender a todo el municipio. (G3)*

También se mencionó la dificultad de incorporar espacios de educación permanente en salud dentro de la rutina laboral. Esta limitación puede repercutir en la práctica asistencial, ya que la actualización y el perfeccionamiento profesional influyen directamente en la cualificación de las acciones desarrolladas en el cuidado de la persona mayor.

*Te digo que siempre falta tiempo. Creo que si tuviéramos más tiempo para leer y dedicarnos a todos esos PDFs que están dentro de los cursos, si pudiéramos hacerlo con más calma, las acciones prácticas serían mucho más eficientes. (G12)*

De forma similar, además de la limitación de tiempo, otra dificultad identificada, intrínsecamente relacionada con la educación permanente, se refiere a la participación en cur-

sos y capacitaciones ofrecidos. Se mencionaron dos factores principales: el predominio de la modalidad virtual en las actividades de capacitación y el desinterés de parte de los profesionales en participar en cursos de actualización.

*Mi principal dificultad era la realización de los cursos del equipo, porque tenía que estar todas las semanas pendiente. Luego el personal logró hacerlos: siguen los enlaces, reservan un tiempo, y yo me quedaba monitoreando, ayudando con el acceso, especialmente a los ACS. (G11)*

*Tuvimos que obligar al equipo a hacer el cursito. Si no obligas a que todos tengan el certificado, no logras que estudien. Entonces fue una de las batallas: no era el 100%, pero exigimos que el 100% hiciera esa capacitación. Porque no sirve que solo uno sepa, todos tienen que saber. Todos tienen que conocer la población que estamos atendiendo. (P4)*

*Me gustó principalmente porque el equipo tenía que movilizarse, conversar, dialogar, recopilar información y realizar los cursos de capacitación. Percibimos que el equipo tenía mucha dificultad para detenerse y hacer un curso, y como era obligatorio que todos lo hicieran. (G11)*

El contexto sanitario vigente durante el período de implementación de las acciones de la RBC-RS también presentó un desafío para los servicios de salud. Este período estuvo marcado por la ocurrencia de epidemias que exigieron una rápida reorganización de las unidades y la adaptación de los equipos a nuevos protocolos y flujos de atención. Este escenario generó una desorganización temporal de los servicios y llevó a priorizar acciones de contingencia en detrimento de otras actividades, incluidas aquellas relacionadas con el programa.

*Creo que está un poco turbulento, porque ahora está pasando de todo: dengue... muchas cosas ocurriendo al mismo tiempo. Cuando salimos del COVID pensamos: ahora vamos a organizarnos, hacer la agenda, y entonces surgió ese problema con el personal. Estuvimos mucho tiempo con solo dos enfermeras. (G2)*

*Lamentablemente no estamos logrando mantenernos igual. Al principio lo hacíamos, pero debido al brote de dengue, que no es solo aquí en Rio Grande do Sul, es general, desde que empezó el año gran parte del tiempo quedó solo el médico trabajando. Yo tomé vacaciones unos días y luego mi colega estuvo con licencia médica y después de vacaciones. (P2)*

*Es un buen cuidado, pero como nuestra población aumentó mucho y salimos de una pandemia y luego vino el dengue, creo que necesitaríamos más tiempo para trabajar más en esto. Pero creo que estamos intentando hacer lo máximo posible; siempre hay algún funcionario con licencia o con certificado médico, y entonces falta alguien y se sobrecarga a los demás. Aun así, tratamos de hacer el mejor trabajo posible. (P8)*

Por último, los participantes resaltaron que las actividades actualmente desarrolladas en el ámbito de la RBC-RS representan apenas un punto de partida. Según los relatos,

aún existe la necesidad de ampliar y diversificar las estrategias dirigidas al cuidado de la persona mayor, con el fin de promover acciones que superen la realización de encuentros mensuales y permitan una atención más amplia y continua para esta población.

*Necesitaríamos desarrollar más cosas dentro del programa. Eso es lo que siento que falta aquí en nuestro municipio. Que se pudieran desarrollar más actividades, más situaciones que involucren a las personas mayores. Porque trabajamos con ellos, los atendemos, hacemos reuniones, cada mes tenemos una reunión con ellos, pero podríamos involucrarlos más. Más actividades, más cosas para que aprovechen mejor este momento de sus vidas. (G5)*

## DISCUSIÓN

La atención a la persona mayor en el contexto de la ESF presentó cambios tras la implementación de la RBC-RS. Entre las modificaciones identificadas, los profesionales destacaron el cambio del foco central de la atención, que anteriormente estaba dirigido principalmente a la atención de la demanda espontánea y a las inmunizaciones. Un estudio<sup>(14)</sup> desarrollado con el objetivo de comprender la atención prestada en la APS desde la perspectiva de las personas mayores demostró que el cuidado con frecuencia se concentra en el control y monitoreo de condiciones clínicas específicas, sin considerar adecuadamente las particularidades y limitaciones derivadas del proceso de envejecimiento.

En este contexto, la evaluación ampliada preconizada por la RBC-RS se configura como una estrategia relevante, ya que, además del diagnóstico clínico, incorpora dimensiones físicas, psicológicas y sociales que influyen en la salud y en la calidad de vida de las personas mayores<sup>(14-16)</sup>. A partir de este enfoque, es posible favorecer el desarrollo de PTS, que buscan proporcionar un cuidado integral y personalizado, considerando las especificidades de cada individuo, incluyendo aspectos sociales, económicos, familiares, culturales y psicológicos<sup>(17,18)</sup>.

La construcción colectiva del PTS, basada en el diálogo entre profesionales de diferentes áreas, constituye una estrategia eficaz para el abordaje holístico de las necesidades específicas de las personas mayores<sup>(18)</sup>. Un estudio realizado en el contexto estadounidense destaca que la individualización del cuidado para pacientes con necesidades complejas está asociada con la reducción de costos, menor utilización de recursos y la oferta de una atención más segura y de mayor calidad<sup>(19)</sup>.

El fortalecimiento de los grupos de salud también fue mencionado como una importante estrategia de socialización e interacción entre las personas mayores, además de incentivar el intercambio de conocimientos y experiencias. La realización de actividades colectivas ha demostrado beneficios significativos para esta población, ya que favorece la construcción de redes de apoyo social y fortalece los vínculos interpersonales, elementos fundamentales para la promoción del envejecimiento activo y saludable<sup>(20,21)</sup>. Además, un estudio<sup>(22)</sup> destaca que la interacción social constituye un componente esencial para la salud mental y emocional de las personas mayores, contribuyendo a la prevención de enfermedades y a la adopción de estilos de vida saludables.

La percepción de que aún es necesario ampliar las acciones dirigidas a las personas mayores indica que las actividades actualmente desarrolladas para este público todavía

son limitadas. Por lo tanto, resulta fundamental ampliar las estrategias dirigidas a este grupo poblacional, superando modelos de cuidado centrados en prácticas tradicionales. Algunos autores destacan las ventajas de un seguimiento más cercano, con el fortalecimiento de la interacción entre profesionales de la salud y personas mayores, señalando que el fortalecimiento de este vínculo contribuye a mejorar la calidad del cuidado, aumentar la confianza y favorecer la comunicación entre profesionales y pacientes, factores esenciales para el éxito terapéutico y para la satisfacción del usuario<sup>(23,24)</sup>.

Las actividades complementarias implementadas, como la oferta de pilates, también fueron señaladas como importantes para la mejora de la calidad de vida y para el mantenimiento de la capacidad funcional de las personas mayores. Estos hallazgos son corroborados por estudios que indican que las prácticas corporales y las actividades físicas incentivan estilos de vida saludables, ayudan en el control de comorbilidades y estimulan una mayor participación de las personas mayores en el cuidado de su propia salud<sup>(25)</sup>. Además, un estudio observacional prospectivo<sup>(26)</sup>, desarrollado con el objetivo de evaluar la viabilidad y adecuación de un programa de pilates para personas mayores, demostró que la mayoría de los participantes consideró la práctica apropiada y asoció su participación con mejoras en la salud general.

La baja participación y el reducido compromiso de algunos profesionales en las actividades de capacitación ofrecidas por la RBC-RS se relacionaron con la dificultad de reorganizar la rutina de trabajo para la realización de cursos de actualización y perfeccionamiento. Este aspecto puede estar asociado a la falta de comprensión sobre la importancia de estas actividades para la cualificación de la atención y para la mejora de la prestación de servicios de salud. La movilización y el compromiso de los equipos de salud dependen de procesos interrelacionados que involucran comunicación eficaz, formación continua y entornos colaborativos. Evidencias de la literatura indican que estas prácticas contribuyen a aumentar la eficiencia de los equipos y mejorar los resultados en salud para pacientes y comunidades<sup>(27)</sup>.

El conjunto de las acciones desarrolladas por la RBC-RS, junto con la adopción de un enfoque más humanizado en el cuidado de la persona mayor, contribuyó al fortalecimiento del vínculo entre los profesionales de la salud y los usuarios. Un estudio<sup>(28)</sup> destaca que el fortalecimiento de este vínculo permite comprender el proceso salud-enfermedad de manera más amplia, facilitando el cuidado y haciendo la atención más efectiva.

Entre los desafíos señalados por los participantes, se destacó la dificultad de conciliar las demandas espontáneas y las demás atribuciones del servicio con las actividades propuestas por la RBC-RS. Este escenario está directamente relacionado con la insuficiencia de recursos humanos, configurándose como una barrera significativa para la efectividad de la APS, ya que contribuye a la sobrecarga de trabajo y dificulta la atención adecuada a las necesidades de la población<sup>(29,30)</sup>. Entre las estrategias que pueden adoptarse para enfrentar este desafío, se destaca la implementación de políticas dirigidas a la redefinición de roles, responsabilidades y ámbito de actuación de los profesionales de la salud, así como a la optimización de las funciones dentro de los equipos multiprofesionales<sup>(31)</sup>.

Además, las epidemias enfrentadas durante el período de implementación del programa, como la epidemia de dengue, también desviaron el foco de las acciones dirigidas a la salud de la persona mayor. Un estudio<sup>(32)</sup> demuestra que la

aparición de epidemias impacta significativamente la organización y la rutina de los equipos de salud. Del mismo modo, la reanudación de las actividades asistenciales en la APS tras la pandemia de COVID-19 aún presenta desafíos importantes, reflejando cambios estructurales y operativos ocurridos durante el período de crisis sanitaria<sup>(33)</sup>.

Otro desafío reportado por los profesionales se refiere al registro de los indicadores necesarios para alcanzar las metas establecidas por el programa. Este aspecto se asoció con debilidades en la comunicación entre la gestión y los servicios de salud. La ausencia de una comunicación clara y transparente puede reducir la confianza entre profesionales y gestores, generando entornos de trabajo menos colaborativos y con menor compromiso de los equipos. En las organizaciones de salud, donde la comunicación eficaz es esencial, estas limitaciones pueden impactar directamente la calidad de los servicios prestados<sup>(34)</sup>.

Como limitación de este estudio, se destaca su diseño transversal, que permite analizar las percepciones de los participantes en un momento específico. Considerando la complejidad y los cambios constantes en el trabajo en salud y en el cuidado de la persona mayor en el ámbito de la RBC-RS, estas percepciones pueden variar a lo largo del tiempo. Además, debe considerarse el predominio de municipios de pequeño porte entre los participantes del estudio, lo que puede influir en la forma de implementación de las estrategias del programa y limitar la generalización de los resultados para municipios de mayor tamaño, que presentan realidades organizativas distintas en los servicios de salud.

## CONCLUSIÓN

La implementación de la RBC-RS generó impactos positivos en los servicios de salud, especialmente en lo que se refiere a la atención a la salud de la persona mayor. La implantación del programa estuvo asociada con cambios en la organización del cuidado y con la disponibilidad de recursos financieros que contribuyeron a la cualificación de los equipos de la ESF.

Los resultados evidenciaron diversidad de percepciones y experiencias entre gestores y profesionales, indicando que el programa presenta potencial para cualificar y ampliar la atención a la salud de la persona mayor. Entre los principales desafíos identificados se destacan la falta de tiempo disponible para los profesionales y la sobrecarga de trabajo en los servicios de salud.

A pesar de estas dificultades, se observó una buena comprensión por parte de gestores y profesionales acerca de los objetivos y metas del programa, además de evaluaciones positivas relacionadas con el aporte de recursos financieros proporcionados por la RBC-RS.

La transformación de las prácticas de cuidado en la atención primaria constituye un proceso complejo, que exige cambios significativos en la forma de organización de la atención a la persona mayor. En este sentido, el perfeccionamiento de las prácticas asistenciales requiere esfuerzos conjuntos que involucren la formación y sensibilización de los equipos, además de la creación de entornos de trabajo que favorezcan la colaboración y la comunicación eficaz entre los profesionales y la gestión.

\*Artículo extraído de la disertación de maestría titulada “Rede Bem Cuidar-RS: atención a la salud de la población mayor en la percepción de gestores y profesionales”, presen-

tada al Programa de Posgrado en Salud y Ruralidad de la Universidade Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões, Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil, en 2024.

## REFERENCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2021 [citado 2023 Ago 28]. Disponible en: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html>.
2. Ferreira PM, Dias JPB, Barbosa M, Martins T, Pereira RPG, Nascimento MC, et al. Influence of self-care on the quality of life of elderly people with chronic non-communicable diseases: a systematic review. *Healthcare (Basel)*. 2026;14(3):308. <https://doi.org/10.3390/healthcare14030308>. PMID: 41682158.
3. Petermann XB, Oliveira J da L, Kocourek S. Frailty in elderly people in primary health care in Brazil: an integrative review. *SaudColetiv (Barueri)*. 2025;15(93):14656-69. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2025v15i93p14656-14669>.
4. Lago JN, Lima AS, Santos AC, Carvalho ECL das D, Fernandes LR, Camboim BBP, et al. Os cuidados preventivos e promocionais para um envelhecimento saudável. *Acervo Saúde*. 2025;25:e18950. <https://doi.org/10.25248/reas.e18950.2025>.
5. Walker F, Lima JB de S, Heidemann ITSB, Celich KLS, Schleicher ML, Pilger KC de P, et al. Elderly care in primary health care: nurses' perceptions. *Enferm Foco* 2024;15:e-202464. <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2024.v15.e-202464>.
6. Rio Grande do Sul (Estado), Secretaria Estadual de Saúde. Conheça a Rede Bem Cuidar RS [Internet]. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde; 2021 [citado 2023 Ago 28]. Disponible en: <https://saude.rs.gov.br/rbcrs>.
7. Ramos M, Brandão AL, Graever L, Campos CEA. Melhoria contínua da qualidade. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2021;16(43):2736. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2736](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2736).
8. Rio Grande do Sul (Estado), Secretaria Estadual de Saúde. Manual de orientação novas adesões Rede Bem Cuidar RS. Porto Alegre: Rio Grande do Sul; 2023 [citado 2023 Ago 28]. Disponible en: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202308/22085649-manual-novas-novas-adesoes-rbc.pdf>.
9. Ndateba I, Havaei F, Haase KR, Hogg W, Martin-Misener R, Wong ST. Association between team functioning and self-efficacy and quality of life for primary care patients in British Columbia, Nova Scotia, and Ontario. *Prim Health Care Res Dev*. 2026;27:e20. <https://doi.org/10.1017/S1463423626100887>. PMID: 41676855.
10. Souza VR dos S, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02631. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao02631>.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
12. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 2023 Ago 28]. Disponible en: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html).
13. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2023 Ago 28]. Disponible en: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html).
14. Silva JDP da, Vendramini ACMG, Mufato LF, Oliveira D do C, Pinheiro TF, Santana AZR. Percepções de idosos sobre a assistência à saúde na estratégia saúde da família. *Estud. interdiscip. envelhec*. 2023;28:e114467. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.114467>.
15. Gelsleuchter JC, Hammerschmidt KS de A, Girondi JBR, Locks MOH, Brehmer LC de F, Carvalho AA de. Uso da avaliação multidimensional em idosos com Diabetes mellitus na Atenção Primária à Saúde: um estudo piloto. *Vitalle*. 2020;32(3):119-27. <https://doi.org/10.14295/vitalle.v32i3.11879>.
16. Faria A, Martins MMFP da S, Aguilera JAL, Ribeiro OMPL, Silva JMAV, Fonseca EF, et al. Factors related to multidimensional fragility in elderly people. *Rev. baiana enferm*. 2022;36:e46531. <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.46531>.
17. Marques ALN, Camargo FC, Duarte JMG, Lima AAP, Martins FTM, Guimarães HPN, et al. Family approach and individualized therapeutic projects in Family Health Strategy: a case study with elderly patients. *REFACS*. 2019;7(1):72. <https://doi.org/10.18554/refacs.v7i1.2997>.
18. Silva ES da, Souza CL de, Matos R da S, Magalhães DL, Prates JL, Souza A de O, et al. Atuação do agente comunitário na promoção da saúde na atenção básica: revisão integrativa da literatura. *Braz. J. Hea. Rev*. 2020;3(5):14878-93. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-279>.
19. Reese V, Psaila J, Schwartz M, Owens S, Miller R, Martinez-Baladejo M, et al. High utilizer care plan project: a network initiative to decrease inappropriate resource utilization among high-risk patients. *Cureus*. 2026;18(1):e100999. <https://doi.org/10.7759/cureus.100999>. PMID: 41658830.
20. Lima CAB de, Souza FOS. Atuação do núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica na

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

- implementação de atividades coletivas no município de Bezerros-PE. In: Pereira VS, Silva BN da, organizadores. Saúde Pública: princípios e práticas [Internet]. Fortaleza: Editora IME; 2022 [citado 2023 Ago 28]. p. 271-83. Disponible en: <https://www.editoraintegrar.com.br/wp-content/uploads/2024/07/Livro-saude-publica-principios-e-praticas.pdf>.
21. Andrade AFMS de, Fonseca RG, Teles W de S, Silva MC da, Barros ÂMMS, Torres RC, et al. Atuação do enfermeiro no cuidado humanizado ao idoso na Atenção Primária. *Res Soc Dev*. 2021;10(12):e39110 1220283. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20283>.
  22. Minaré NF, Cardoso CL. Grupo comunitário de saúde mental: relações estabelecidas por participantes regulares de longo prazo. *Vínculo*. 2021;18(1):388-406. <https://doi.org/10.32467/issn.19982-1492v18n1sp388-406>.
  23. Melo RCCP de, Costa PJ, Henriques LVL, Tanaka LH, Queirós JJP, Araújo JP. Humanidade in the humanization of elderly care: experience reports in a health service. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(3):825-29. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0363>. PMID: 31269152.
  24. Ferreira MCN, Cardoso R da SS, Silva SMM da, Depianti JRB. Grupo de convivência para idosos na atenção primária à saúde: relato de experiência. *Rev. Enferm. Atual In Derme*. [Internet]. 2023 [citado 2023 Ago 28];97(esp):e023135. Disponible en: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1838>.
  25. Sousa BRB, Ferreira E do NS, Oliveira ACE, Sá LR, Silva PVC, Amaral IN, et al. Práticas integrativas e complementares na promoção da qualidade de vida para a pessoa idosa. *Acervo Saúde*. 2024;24(8):e169 38. <https://doi.org/10.25248/reas.e16938.2024>.
  26. Gonzales L, Ngo K, Kraus P, Zander Y, Hatch MN. Feasibility of a mat-based Pilates program for community dwelling seniors to improve balance and core strength. *PM R*. 2025;17(8):905-16. <https://doi.org/10.1002/pmrj.13358>. PMID: 40156452.
  27. Gleriano JS, Fabro GCR, Tomaz WB, Forster AC, Chaves LDP. Family health team work management. *Esc. Anna Nery*. 2021;25(1):e20200093. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0093>.
  28. Freitas FG, Viana ML, Medeiros AM de B, Oliveira RC. Relação médico-paciente: a importância de um atendimento humanizado. *Braz. J. Hea. Rev*. 2022;5 (6):25301-10. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n6-268>.
  29. Braghetto GT, Sousa LA, Beretta D, Vendramini SHF. Dificuldades e facilidades do enfermeiro da Saúde da Família no processo de trabalho. *Cad. saúde colet*. 2019;27(4):420-6. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201900040100>.
  30. Soratto J, Pires DEP de, Trindade LL, Oliveira JSA de, Forte ECN, Melo TP de. Job dissatisfaction among health professionals working in the family health strategy. *Texto Contexto Enferm*, 2017; 26(3): e2500016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002500016>.
  31. Gupta A, Ogundele OJ, Rabet R, Artyukh I, Trindade T, Cheng D, et al. Understanding the role and organization of health workers delivering non-communicable disease management in primary care in low- and middle-income countries: a scoping review. *BMC Prim Care*. 2025;26(1):365. <https://doi.org/10.1186/s12875-025-03033-3>. PMID: 41249909.
  32. Beltrame AM, David ACV, Botelho ALSN, Corrêa BLP, Braga JR, Cipriano TSP. Saúde Bucal antes e durante a pandemia do COVID-19 na atenção primária do município de Ipatinga em Minas Gerais. *Res Soc Dev*. 2022;11(14):e260111435974. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i14.35974>.
  33. Cirino FMSB, Aragão JB, Meyer G, Campos DS, Gryscek AL de FPL, Nichiata LYI. Desafios da atenção primária no contexto da COVID-19. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2021;16(43):2665. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2665](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2665).
  34. Prado-Roman C, Diez-Martin F, Blanco-Gonzalez A. The effect of communication on the legitimacy and performance of organizations. *Rev. Bras. Gest. Neg*. 2020;22(3):565-81. <https://doi.org/10.7819/rbgn.v22i3.4071>.

## CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Concepción del estudio: Savariz ARM, Leite MT.

Obtención de datos: Savariz ARM, Leite MT.

Análisis de datos: Savariz ARM, Leite MT, Fontana DGR, Carli P, Soder RM, Moura L.

Interpretación de los datos: Savariz ARM, Leite MT, Fontana DGR, Carli P, Soder RM, Moura L.

Todos los autores se responsabilizan por la redacción textual y la revisión crítica del contenido intelectual, por la versión final publicada y por todos los aspectos éticos, legales y científicos relacionados con la exactitud y la integridad del estudio.



Copyright © 2026 Online Brazilian Journal of Nursing

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.