

MODELO ASSISTENCIAL CONTEMPORÂNEO PARA OS IDOSOS: uma proposta acadêmica para o setor da saúde

CONTEMPORARY CARE MODEL FOR THE ELDERLY: an academic proposal for the health sector

RENATO P. VERAS¹

¹ Médico, Professor Titular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Diretor da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI/UERJ), Doutorado no Guy's Hospital – Universidade de Londres e Editor da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

DOI: <https://doi.org/10.53817/1983-6929-ragg-v12n1-9>

INTRODUÇÃO

O documento intitulado “MODELO ASSISTENCIAL CONTEMPORÂNEO PARA OS IDOSOS: uma proposta *acadêmica* para o setor da saúde” apresenta a proposta de um modelo assistencial resolutivo e com excelente relação custo-benefício, em linha com o que há de mais contemporâneo no cuidado integral para o grupo etário dos idosos. Este modelo propõe pensar, de forma absolutamente inovadora, o cuidado que deve ser prestado a esse grupo etário. Já sabemos que o mundo mudou após a pandemia de covid-19, e essa mudança afetou mais ainda os idosos. Na atual crise mundial da saúde, aprendemos a importância do conhecimento, da ciência e de novas estratégias para lidar com uma doença até então desconhecida. Ficou clara a importância do cuidado, da promoção e prevenção da saúde, além da tecnologia para uso nas consultas, no monitoramento, nas informações – em síntese, na “coordenação dos novos cuidados”.

É possível, no Brasil, envelhecer com saúde e qualidade de vida? O aumento da expectativa de vida nas últimas décadas é uma grande conquista da população brasileira. Viver mais – envelhecer – já é uma realidade nesta década e o será mais ainda em anos vindouros. Mas também deve fazer parte dessa conquista a possibilidade de os cidadãos usufruírem desses anos a mais com capacidade funcional, saúde e qualidade de vida. Ao longo dos últimos anos, algumas instituições e seus pesquisadores vêm buscando a mudança do modelo de prestação de serviços de saúde. E o mais importante, sabemos que é possível e necessário. É possível

reorientar a atenção à saúde da população idosa e construir uma organização no setor que permita melhores resultados assistenciais a um custo menor. O que é preciso para tal? Que todos os atores do setor se percebam responsáveis pelas mudanças necessárias e que se permitam inovar. Lembrando sempre que muitas vezes inovar significa resgatar cuidados e valores mais simples, que se perderam dentro do nosso sistema de saúde.

Partindo dessas premissas, optamos por estruturar este documento em alguns segmentos que se completam. No primeiro, é apresentada a expressão numérica do grupo etário dos idosos, os quais se constituem, em termos proporcionais, no grupo que mais cresce em todo o mundo na atualidade, e, portanto, será apresentada também uma breve discussão desse processo de transição demográfica. No segmento seguinte, apesar do enfoque da saúde coletiva, descrevemos um apanhado dos trabalhos científicos dos laboratórios de biologia celular para tomarmos conhecimentos dos avanços nesse segmento de pesquisas sofisticadas, de grandes achados e de mudanças no conhecimento científico e no processo de envelhecimento, do ponto de vista biológico. Após esses segmentos, apresentamos o modelo assistencial para o idoso, com todas as suas especificidades, pois, além do crescimento do grupo etário de 60 anos ou mais ser muito maior em todos os países e também no Brasil, há um novo e outro fator de extrema importância, o alongamento dos anos de vida. Não se morre mais no início da fase madura, aos 60 anos. Na atualidade, chegar aos 80, 90 ou até mais se tornou uma realidade, e, como sabemos que os idosos possuem múltiplas doenças crônicas, há uma enorme preocupação com o modelo de cuidado. Tudo o que não desejamos é apenas o ampliar do tempo de vida e, em paralelo, aumentar o sofrimento, a dor e o custo elevado dessa parcela da população. No texto, apresentamos em detalhe a teoria e os conceitos que fundamentam o modelo proposto. Basicamente, o texto informa sobre a necessidade de ênfase nas instâncias leves de cuidado, ou seja, foco na coordenação, na prevenção e no monitoramento do cliente por uma dupla de profissionais, visando a minimizar desperdícios e oferecendo uma assistência de melhor qualidade e com custos reduzidos. Também são apresentados os instrumentos de avaliação epidemiológica utilizados e o passo a passo de todos os profissionais da equipe de saúde. Pretendeu-se esgotar e oferecer todas as ações que devem ser tomadas a partir da estrutura de acompanhamento dos idosos, que estarão sob responsabilidade

de um médico qualificado e com formação ampla, à semelhança do médico generalista (em inglês, *general practitioner – GP*).

Na compreensão do autor deste texto, integrar o conhecimento, a teoria e a aplicação dos instrumentos e sua rotina são elementos fundamentais para que essa lógica de cuidado se amplie no Brasil e para que os setores públicos e suplementar possam oferecer uma melhor assistência ao grupo etário que mais cresce em todo o mundo. Se não mudarmos o modelo assistencial para o idoso, a perspectiva para as próximas décadas será sombria. Portanto, o objetivo principal deste trabalho é desenhar modelos de cuidado mais efetivos e cenários adequados às características da população idosa. Pensar o cuidado assistencial em um horizonte de 20 anos é de grande importância, pois a única certeza que temos é de que esse cuidado terá de ser mais efetivo do que o praticado hoje. O diagnóstico mais precoce possível de problemas de saúde amplia a chance de manter as pessoas longevas em seus lares, não em hospitais. A história, o exame físico e o diagnóstico diferencial tradicionais não são suficientes para um levantamento extenso das diversas funções necessárias à vida do indivíduo idoso.

A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA

Todas as projeções demográficas feitas na década de 1980 sobre o crescimento do grupo etário dos idosos se confirmaram. Se houve algum erro, foi por subestimação, pois os números se revelaram ainda mais expressivos do que então se imaginava. A ampliação da longevidade é uma das maiores conquistas da humanidade. Chegar à velhice era privilégio de poucos, mas passou a ser a norma no Brasil e em países menos desenvolvidos. Houve uma melhoria substancial dos parâmetros de saúde das populações, ainda que isso não ocorra de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos. Essa conquista maior do século XX implica, no entanto, um grande desafio: cuidar desse grupo etário e agregar qualidade aos anos adicionais de vida.

Em 2002, a OMS apresentou uma publicação orientada para respostas políticas tendo em vista a promoção do envelhecimento ativo, definido como um processo de otimização das oportunidades para promoção da saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas que

envelhecem. A partir dessa primeira definição, ficam identificados os três pilares essenciais desse novo paradigma: saúde, participação e segurança.

O pilar da saúde transcende o campo estritamente físico – com base em investigação desenvolvida no âmbito de várias áreas científicas – para englobar também os campos da saúde mental e do bem-estar social, todos recomendados para intervenção no nível das políticas públicas. Por outro lado, o conceito de atividade refere-se a uma participação continuada nos domínios cultural, social e econômico da vida cívica e comunitária, e não apenas à permanência ativa no mercado laboral. Por último, destaca-se a necessária existência de algum sistema de proteção social que garanta nível adequado de segurança socioeconômica, sem o qual se entende que não será possível garantir nem a saúde nem a participação da população idosa.

Além da importância das políticas públicas, verifica-se igualmente uma mensagem muito clara de responsabilização individual da população idosa, que deveria ela mesma procurar manter-se ativa e empenhar-se em garantir sua saúde, participação e segurança. À medida que esse conceito ganhou força na esfera política, as publicações oficiais a esse respeito tornaram-se cada vez mais focadas em um imperativo econômico: o da manutenção dos idosos em atividades produtivas.

No Brasil, a mudança da configuração etária com o avanço do segmento da terceira idade é um fenômeno relativamente recente. O crescimento da população brasileira foi elevado nos últimos 70 anos. E o aumento da população idosa tem sido muito mais intenso quando comparado ao cenário global. A tabela a seguir apresenta os dados do Brasil para alguns anos selecionados. Observa-se que a população brasileira total era de 54 milhões de habitantes em 1950 e passou para 213 milhões em 2020, devendo alcançar 229 milhões em 2050 e depois cair para 181 milhões de habitantes em 2100. O crescimento absoluto foi de 3,3 vezes em 150 anos (menor do que as 4,3 vezes do crescimento da população mundial).

**População absoluta e relativa de idosos de 60 anos e mais, 65 anos e mais e 80 anos e mais
Brasil: anos selecionados entre 1950 e 2100 (em mil)**

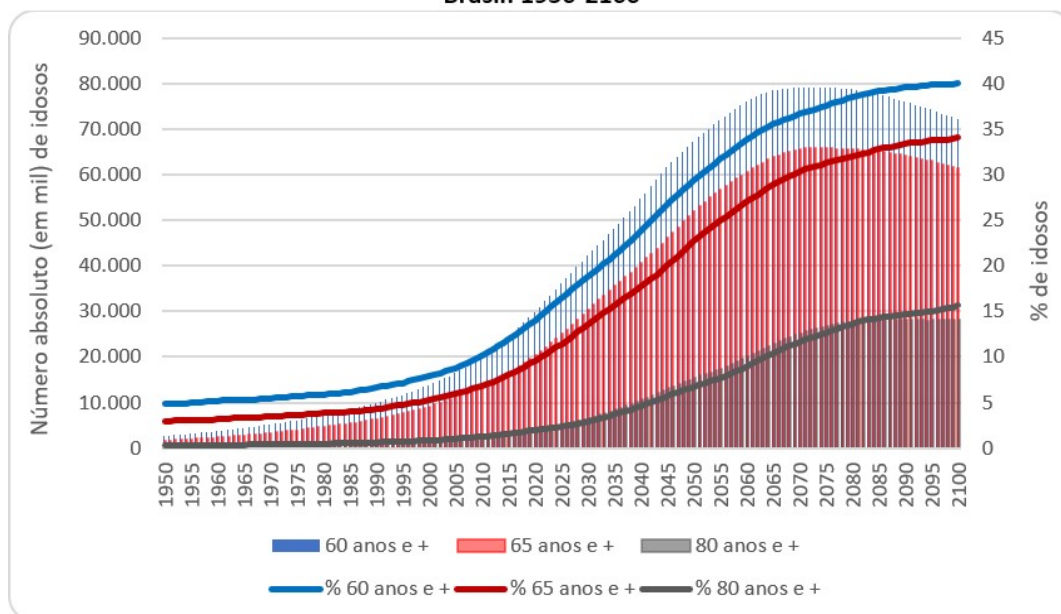
Anos	Total	60 anos e +	65 anos e +	80 anos e +	% 60 e +	% 65 e +	% 80 e +
1950	53.975	2.627	1.606	153	4,9	3,0	0,3
2000	174.790	13.874	9.175	1.429	7,9	5,2	0,8
2020	212.559	29.857	20.389	4.159	14,0	9,6	2,0
2050	228.980	67.361	52.026	15.376	29,4	22,7	6,7
2100	180.683	72.386	61.544	28.210	40,1	34,1	15,6
2100/1950	3,3	27,6	38,3	184,8	8,2	11,5	55,2

UN/Pop Division: World Population Prospects 2019 <https://population.un.org/wpp2019/>

O processo de envelhecimento populacional no Brasil é ainda maior em relação aos percentuais de idosos globais. Se, no entanto, o crescimento da população brasileira total foi elevado, o aumento da população idosa no Brasil tem sido muito mais intenso do que no cenário global. O número de brasileiros idosos de 60 anos e mais era de 2,6 milhões em 1950, passou para 29,9 milhões em 2020 e deve alcançar 72,4 milhões em 2100 (crescimento absoluto de 27,6 vezes). Em termos relativos, a população idosa de 60 anos e mais representava 4,9% do total de habitantes de 1950, passou para 14% em 2020 e deve atingir o impressionante percentual de 40,1% em 2100 (aumento de 8,2 vezes no peso relativo entre 1950 e 2100).

O número de idosos de 65 anos e mais era de somente 1,6 milhão em 1950, passou para 9,2 milhões em 2020 e deve alcançar 61,5 milhões em 2100. O crescimento absoluto está estimado em 38,3 vezes. Em termos relativos, a população idosa de 65 anos e mais representava 3% do total de habitantes em 1950, passou para 9,6% em 2020 e deve atingir mais de um terço (34,6%) em 2100 (um aumento de 11,5 vezes no percentual de 1950 para 2100).

**População absoluta e relativa de idosos de 60 anos e mais, 65 anos e mais e 80 anos e mais
Brasil: 1950-2100**



UN/Pop Division: World Population Prospects 2019 <https://population.un.org/wpp2019/>

Os idosos de 80 anos e mais eram 153 mil em 1950, passaram para 4,2 milhões em 2020 e devem alcançar 28,2 milhões em 2100. O crescimento absoluto foi de espetaculares 184,8 vezes em 150 anos. Em termos relativos, a população idosa dessa faixa etária representava somente 0,3% do total de habitantes em 1950, passou para 2% em 2020 e deve chegar a 15,6% em 2100 (aumento de impressionantes 55,2 vezes no percentual de 1950 para 2100).

É importante destacar que o número total de brasileiros atingirá o pico populacional de 229,6 milhões de habitantes em 2045, conforme a revisão de 2019 das projeções da ONU. Mas o número absoluto de idosos vai continuar crescendo, sendo que o pico de idosos de 60 anos e mais (79,2 milhões de pessoas) e de 65 anos e mais (65,9 milhões) será alcançado em 2075. O pico de idosos de 80 anos e mais (28,5 milhões) será somente em 2085. Nas duas últimas décadas do século XXI, o número absoluto de idosos vai diminuir. Todavia, o percentual de idosos continuará subindo, trazendo novos desafios e oportunidades.

Todos esses dados mostram que o futuro do século XXI será grisalho, ou seja, o percentual de idosos no mundo – e no Brasil, em particular – alcançará cifras recordes, jamais vistas na história. O caso brasileiro não é muito diferente, mas nosso processo de envelhecimento populacional é mais robusto, com percentuais de idosos bem acima dos percentuais globais, como visto acima. Do ponto de vista demográfico,

esse é um tema de crucial importância, já que os países ricos registraram crescimento etário gradual ao longo de todo o século XX e, com seu poderio econômico, tiveram muito mais décadas para oferecer a essa parcela da população melhor estrutura e facilidades.

O desafio do Brasil é garantir qualidade de vida aos seus idosos, os quais, assim como grande parte da população, têm baixa escolaridade e proteção social. Sofrem, ainda, no campo da saúde, com múltiplas patologias crônicas¹, que exigem acompanhamento constante e cuidados permanentes, gerando grande impacto econômico para a sociedade em função da demanda crescente por serviços de saúde. As internações hospitalares tornam-se mais frequentes, e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado com o de outras faixas etárias. Há, portanto, uma enorme implicação econômica, previdenciária e social.

Além disso, o envelhecimento humano não pode ser visto como um peso. Precisamos alocar políticas sociais para esse público. No campo da saúde, devemos manejar os cuidados de uma forma mais contemporânea e adequada para garantir esse patrimônio de saber e experiência sem que isso resulte em custos excessivos para o setor. E será necessário ampliar e qualificar os profissionais de saúde para o cuidado das doenças crônicas. Precisamos construir algo inovador e de qualidade, pois o modelo atual, já defasado, somente ampliará o mau atendimento e a crise da saúde – particularmente para o idoso, que é o grupo etário de maior demanda e custo. Na certeza de que precisamos de muitas mudanças nesse sentido, a modelagem de um modelo assistencial para o idoso deve discutir e detalhar os tópicos listados a seguir.

Doença Crônica e Modelo Assistencial

No Brasil, a principal causa de mortalidade e morbidade são as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), as quais normalmente têm desenvolvimento lento, duram períodos extensos e apresentam efeitos de longo prazo difíceis de

¹ Doenças crônicas são um conjunto de doenças relacionadas a causas múltiplas, caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo.

prever. À semelhança de países de renda elevada, hoje, no Brasil, as condições crônicas são responsáveis pela maior carga de doença, e os transtornos neuropsiquiátricos detêm a maior parcela de contribuição. O relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) publicado em 2015 assinala que a maioria das mortes prematuras por doenças crônicas não-transmissíveis são evitáveis. Dos 38 milhões de vidas perdidas em 2012 por DCNT, 16 milhões, ou seja, 42% eram prematuras e evitáveis. Como a despesa com cuidados relativos às doenças crônicas sobe em todo o mundo, elas ocupam proporções cada vez maiores nos orçamentos públicos e privados. As doenças crônicas incluem tradicionalmente as doenças cardiovasculares, a diabetes, a asma, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e as doenças crônico-degenerativas. Como as taxas de sobrevivência têm melhorado, esse conjunto de doenças agora também passou a incluir muitos tipos de câncer, HIV/Aids, distúrbios neuropsicológicos (como depressão, esquizofrenia e demência), artroses e deficiências visuais e auditivas. A maioria delas não tem cura, mas várias podem ser prevenidas ou controladas por meio da detecção precoce, adoção de dieta e hábitos saudáveis, prática de exercícios e acesso a tratamento adequado e oportuno. Muitas dessas doenças crônicas constituem um conjunto de agravos que faz com que, hoje, muitos autores e instituições definam seus portadores como “pacientes crônicos em situação de complexidade”, determinado como um perfil de apresentação de cronicidade. Entre as características diferenciais mais prevalentes desse grupo está a presença de várias enfermidades crônicas concorrentes, a grande utilização de serviços de hospitalização urgente, com diferentes episódios de ida ao hospital durante um mesmo ano, a presença de determinadas enfermidades, como a DPOC ou insuficiência cardíaca, a diminuição da autonomia pessoal temporária ou permanente e a polimedicação. Além disso, pode haver fatores adicionais, como idade avançada, viver sozinho ou com pouco apoio familiar e episódios de quedas, dentre outros. Muitas condições crônicas estão ligadas a uma sociedade em envelhecimento, mas também às escolhas de estilo de vida, como tabagismo, consumo de álcool, comportamento sexual, dieta inadequada e inatividade física, além da predisposição genética. O que elas têm em comum é o fato de precisarem de uma resposta complexa e de longo prazo, coordenada por profissionais de saúde de formações diversas, com acesso a medicamentos e equipamentos necessários, e estratégias de estímulo à adesão ao tratamento pelo paciente, estendendo-se à assistência social. No entanto, hoje a maioria dos cuidados de saúde e dos serviços ainda está

estruturada em torno de episódios agudos. Tendo em vista esse cenário, a gestão de doenças crônicas é cada vez mais considerada uma questão importante por gestores e pesquisadores em todo o mundo que buscam intervenções e estratégias para combater esses agravos. Deve-se ressaltar que a melhora da qualidade de vida da população é fruto de uma série de fatores, dentre eles o avanço tecnológico presenciado em diversos campos do conhecimento e da ciência contemporânea.

BIOLOGIA CELULAR DO ENVELHECIMENTO

A pesquisa biológica do envelhecimento

O cientista David Sinclair, que está à frente de um laboratório na Universidade de Harvard e pesquisa por que envelhecemos, disse recentemente que é possível retardar o envelhecimento se o encararmos como uma doença que precisa ser tratada. Em laboratório, Sinclair estudou camundongos em diferentes ambientes. Um grupo ficava em um espaço reduzido, apenas com alimentos para viver; outro tinha um espaço bem maior, com brinquedos, música, iluminação adequada e alimentos especiais que consumiam com prazer. O professor observou que o meio ambiente e o estilo de vida interferem no envelhecimento. Assim também acontece com os humanos: acima de 80% da nossa saúde depende mais de atitudes e comportamentos do que do próprio DNA. O retardamento da velhice é algo muito complexo, pois precisa ser do corpo inteiro. A saúde mental é outro fator importante, mas ainda estamos no caminho para várias descobertas. As informações já existentes nos permitem um envelhecimento com qualidade.

Uma das áreas de grande interesse e de descobertas inovadoras na ciência é a biologia genética. Até bem pouco tempo atrás, o envelhecimento era como um processo natural e inevitável. Hoje sabemos que existe um marcador biológico conhecido como telômero. À medida que nossas células se dividem para se multiplicar e regenerar os tecidos e órgãos do corpo, há redução dos telômeros. Por isso, com o passar do tempo, eles vão ficando mais curtos, até perderem a funcionalidade. O resultado desse processo é o envelhecimento, pois células com telômeros curtos acabam morrendo ou ficam mais vulneráveis a instabilidades genéticas. Isso pode ser comprovado quando se analisa o tecido de um idoso, em que a perda de células é uma das principais características.

Desde sua descoberta, o telômero tornou-se o centro das atenções das pesquisas biológicas em genética do envelhecimento. Sabe-se atualmente que os telômeros agem como “contadores intrínsecos” da divisão celular, protegendo o organismo contra divisões fora de controle, como acontece no câncer, por exemplo. Ao longo da vida, nas células somáticas (não germinativas), ocorre a perda dos telômeros, por meio da replicação celular. Células germinativas, presentes nos testículos e ovários, não apresentam encurtamento dos telômeros, pois têm uma enzima chamada telomerase (ausente em células somáticas), com capacidade de produzir telômeros a partir de um molde de RNA. A teoria de que os telômeros são “relógios moleculares das células”, embora recente, já apresenta confirmação científica embasada em diversos estudos, nos dando uma noção do ritmo do envelhecimento.

Segredo da juventude?

Então, intervir no encurtamento dos telômeros poderia ser o “segredo da juventude”? Não exatamente, porque conter o envelhecimento de células não necessariamente tem como consequência um efeito anti-idade em todo o corpo. Segundo a médica Carmen Martin-Ruiz, pesquisadora sobre envelhecimento do Instituto de Neurociência da Universidade de Newcastle, na Inglaterra, o tamanho dos telômeros de uma pessoa pode determinar o quão “forte” ela é biologicamente. Se tem os telômeros mais longos, seus mecanismos metabólicos a protegem.

Um estudo recente dos Estados Unidos concluiu que a maternidade encurtou mais os telômeros das mulheres do que o tabaco ou a obesidade, ao passo que outra pesquisa feita entre mulheres maias chegou à conclusão oposta: que a maternidade fazia as mulheres ficarem biologicamente mais jovens, já que suas células tinham telômeros mais longos.

Martin-Ruiz afirma que cada laboratório utiliza técnicas e metodologias diferentes, o que torna difícil comparar estudos e resultados, pois os cálculos podem ser interpretados de muitas formas distintas. De qualquer maneira, há um grande grupo de cientistas que está pesquisando aspectos variados do envelhecimento humano, incluindo os telômeros, os cromossomos, as mitocôndrias, a forma das proteínas e muitos outros.

Com relação aos cromossomos, por exemplo, quanto mais curtos forem, maior o risco de envelhecimento acelerado e de doenças crônicas, como o câncer e as doenças cardiovasculares. Os telômeros se encurtam cada vez que os cromossomos se dividem, até o ponto em que não seja possível haver mais divisão celular. Ou seja: não há lugar para mais rejuvenescimento. Portanto, a estratégia ligada a esse aspecto poderia estar relacionada a agir sobre os fatores que contribuem para preservar o comprimento dos telômeros.

É possível intervir nos telômeros?

Grande parte das pesquisas sobre telômeros não tem a ver com uma aspiração estética de longevidade, mas sim com a potencial cura de doenças. Em 2009, três pesquisadores americanos obtiveram o prêmio Nobel de Medicina por seu trabalho sobre o envelhecimento das células e sua relação com o câncer.

Elizabeth Blackburn, Carol Greider e Jack Szostak pesquisaram os telômeros e descobriram que a enzima telomerase pode proteger os cromossomos do envelhecimento. Essa enzima contribui para impedir o encolhimento dos telômeros com a divisão celular, o que ajuda a manter a juventude biológica das células.

A espanhola Maria Blasco, que trabalhou nos Estados Unidos com Greider, é diretora do Grupo de Telômeros e Telomerasa do Centro Nacional de Pesquisas Oncológicas da Espanha. Blasco liderou o desenvolvimento de uma nova técnica que bloqueia a capacidade do glioblastoma, um dos cânceres cerebrais mais agressivos, de se regenerar e reproduzir, atacando precisamente os telômeros das células cancerígenas.

Em testes com ratos, a equipe dela conseguiu reduzir o crescimento dos tumores e aumentar a sobrevivência dos animais, algo que poderia abrir as portas para alternativas potenciais de tratamento em humanos.

Testosterona, estradiol, dihidrotestosterona e telomerase

Além disso, muitas evidências sugerem que os hormônios sexuais regulam diretamente a telomerase. Recentemente, o tratamento com hormônios masculinos resultou em melhora hematológica e alongamento dos telômeros em um modelo murino de disfunção dos telômeros.

Estudos sugerem ser possível conter o processo de senescência celular incrementando de forma artificial a quantidade de telomerase nas células. Seria possível, inclusive, reverter algumas atrofia de tecidos devidas ao envelhecimento induzindo a síntese de telomerase.

De todas as substâncias conhecidas, a telomerase, uma enzima naturalmente encontrada no organismo humano, é a mais próxima de um “elixir celular da juventude”. Pesquisadores brasileiros, em colaboração com colegas do National Institutes of Health (NIH), nos Estados Unidos, já mostraram que os hormônios sexuais podem estimular a produção dessa enzima.

A estratégia foi testada em pacientes com doenças genéticas associadas a mutações no gene que codifica essa enzima, como a anemia aplástica e a fibrose pulmonar. Os autores dizem que os resultados sugerem que a abordagem pode combater os danos causados ao organismo pela deficiência de telomerase.

Entre os cientistas envolvidos está Rodrigo Calado, professor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e da Universidade de São Paulo e membro do Centro de Terapia Celular, um dos centros de pesquisa, inovação e disseminação apoiados pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.

O tratamento com o hormônio esteroide danazol, um hormônio masculino sintético, foi testado por dois anos em 27 pacientes com anemia aplástica devido a mutações do gene da telomerase. De acordo com Calado, o comprimento dos telômeros em um adulto saudável varia de 7.000 a 9.000 pares de bases em média. O telômero de uma pessoa normal perde 50 a 60 pares de bases por ano, mas um paciente com deficiência de telomerase pode perder de 100 a 300 pares por ano. Aqueles que receberam danazol, contudo, apresentaram aumento em 386 pares de bases, em média, ao longo dos dois anos de tratamento.

Embora os resultados do estudo sugiram que as drogas podem ser usadas para reverter um dos fatores biológicos do envelhecimento, ainda não está claro se os benefícios do tratamento superariam os riscos em pessoas saudáveis, especialmente se a terapêutica envolver o uso de hormônios sexuais. Além disso, algumas dicas podem ser listadas para preservar os telômeros, como:

- Fazer atividade física regular

Estudo com 2.401 participantes demonstrou que quanto mais atividades físicas as pessoas praticam, mais se alongam seus telômeros, comprovando a importância da prática regular de exercícios para prevenir o envelhecimento.

- Manter IMC adequado

Pessoas obesas têm telômeros mais curtos do que as magras. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a obesidade mantém relação com um Índice de Massa Corporal (IMC) superior a 30. Mas os indivíduos obesos que perdem peso vêm os seus telômeros alongarem-se. Quanto mais massa gorda se perde, maior é o alongamento dos telômeros.

- Diminuir o estresse oxidativo

O estresse oxidativo está relacionado com as agressões por radicais livres de oxigênio às membranas celulares e às organelas das células. Esses radicais são exacerbados por uso de álcool, abuso de medicamentos, fumo, poluição, sol, exposição aos pesticidas e a metais pesados. O estresse oxidativo leva a um processo inflamatório. Os indivíduos que apresentam maior estresse oxidativo e inflamação são os que têm os telômeros mais encurtados.

Vivemos muito mais do que no passado

Para além das descobertas ligadas à biologia celular, precisamos considerar a transição demográfica que vivenciamos. A ampliação do tempo de vida foi uma das maiores conquistas da humanidade. Chegar à velhice, que antes era privilégio de poucos, passou a ser a norma mesmo nos países menos desenvolvidos. Houve melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações, ainda que isso não ocorra de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos. Essa conquista maior do século XX implica, no entanto, em um grande desafio: agregar qualidade aos anos adicionais de vida.

A transição demográfica e a melhoria dos indicadores sociais e econômicos do Brasil, em comparação com décadas anteriores, trouxeram a ampliação do contingente de idosos e uma maior pressão fiscal sobre os sistemas de saúde público e privado. Se essa parcela da população aumenta, ampliam-se naturalmente as doenças crônicas e os gastos, e um dos resultados é a demanda crescente por serviços de saúde, o que pode, em contrapartida, gerar escassez e/ou restrição de recursos. As internações hospitalares tornam-se mais frequentes, e o tempo de

ocupação do leito é maior se comparado com outras faixas etárias. As doenças que acometem os idosos são majoritariamente crônicas e múltiplas, exigem acompanhamento constante e cuidados permanentes.

Ao longo das últimas décadas, ficou demonstrado que é possível prevenir a maioria dos problemas de saúde pública que afetam a população – relativos não somente às doenças transmissíveis, mas também às não transmissíveis. Tal afirmação é evidenciada pela significativa diminuição de mortalidade por doenças coronárias e cerebrovasculares, redução de incidência e mortalidade por câncer cervical, bem como diminuição da prevalência de consumo de fumo e incidência de câncer do pulmão em homens.

A atual prestação de serviços de saúde fragmenta a atenção ao grupo etário dos idosos, com multiplicação de consultas de especialistas, informação não compartilhada, inúmeros fármacos, exames clínicos e imagens, entre outros procedimentos que sobrecarregam o sistema, provocam forte impacto financeiro em todos os níveis e não geram benefícios significativos para a saúde ou para a qualidade de vida. Observa-se, no Brasil, um excesso de consultas realizadas por especialistas, pois o modelo atual de assistência prioriza a fragmentação do cuidado e a utilização excessiva do hospital.

A ação preventiva ainda é vista como uma sobrecarga de procedimentos e custos adicionais; contudo ela deve ser compreendida como uma inversão de lógica que, em médio e longo prazos, poderá reduzir internações e outros procedimentos de muito maior custo. Todas as evidências indicam que os sistemas de saúde baseados na biomedicina terão, progressivamente, problemas de sustentabilidade. Essa constatação sugere que os programas voltados para o público idoso devem ser construídos com base na integralidade do cuidado, com protagonismo do profissional de saúde de referência e sua equipe, gerenciando não a doença, mas o indivíduo, utilizando as tecnologias disponíveis, trabalhando com informações obtidas por meio de prontuário de qualidade e monitoramento frequente. O médico especialista, o hospital, os fármacos, os exames clínicos e de imagem também fazem parte do modelo de saúde, mas o protagonismo deve ser dado às instâncias leves e ao acompanhamento desse cliente pelo seu médico.

Um dos problemas da maioria dos modelos assistenciais é o foco exclusivo na doença. Mesmo quando se oferece um programa com uma lógica de antecipação dos agravos, as propostas são voltadas prioritariamente para a redução de determinada moléstia, esquecendo-se de que normalmente o idoso convive com diversas doenças crônicas. Portanto, pelo fato de estas já estarem estabelecidas, o objetivo não deve ser a cura, mas buscar a estabilização do quadro clínico e o monitoramento constante, de modo a impedir ou amenizar o declínio funcional.

Um modelo contemporâneo de saúde do idoso precisa reunir um fluxo de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos. Ou seja, uma linha de cuidado ao idoso que pretenda apresentar eficácia e eficiência deve pressupor uma rede articulada, referenciada e com um sistema de informação desenhado em sintonia com essa lógica.

Existe uma preocupação geral com o modelo de assistência à saúde da pessoa idosa. A discussão sobre o envelhecimento populacional trazida pela nova realidade epidemiológica e demográfica leva (ou deveria levar) ao desenvolvimento de um modelo resolutivo e eficaz de atenção à saúde do idoso. Em síntese, um grande ônus produzido por doenças pode ser evitado tanto em termos sociais como econômicos.

E por que o discurso é tão diferente da prática?

Antes de nos aprofundarmos no modelo assistencial que iremos detalhar, uma questão merece uma prévia discussão. É muito pouco provável que algum gestor de saúde seja contra um modelo mais efetivo e de maior qualidade, em que o instrumental epidemiológico seja utilizado, tecnologias da informação estejam presentes e que seja favorável à prevenção e à promoção da saúde. Existe um consenso claro favorável a essa linha de cuidado.

No entanto, uma expressiva maioria acaba agindo em oposição ao seu discurso. Iremos aprofundar nesse tema porque deveria ser um dos assuntos de grande interesse na área do envelhecimento humano, mas o modelo de assistência à saúde da pessoa idosa bem realizado é uma exceção, infelizmente. No excelente trabalho da Agência Nacional de Saúde (ANS), coordenado pela Dra. Martha Oliveira em 2018, podemos observar um relato sobre a distância entre o discurso e a prática. A discussão sobre o envelhecimento populacional trazida pela nova realidade

epidemiológica e demográfica leva (ou deveria levar) ao desenvolvimento de um modelo resolutivo e eficaz de atenção à saúde do idoso.

A mudança da configuração etária do Brasil, com avanço do segmento da terceira idade, é um fenômeno recente. Por outro lado, já ultrapassamos a fase da novidade e dos clichês bastante conhecidos e atualmente aceitos por todos – até mesmo por aqueles que não os praticam. Falar dos marcos teóricos ou das políticas que têm por objetivo permitir um envelhecimento saudável – que significa manter a capacidade funcional e a autonomia, bem como a qualidade de vida, em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e tendo como foco a prevenção de doenças – é algo louvável. Importantes organismos nacionais e internacionais de saúde defendem esse conceito há muitos anos. Mas o passo adiante precisa ser dado. Todo esse discurso é bem recebido por gestores e profissionais de saúde, mas pouco ou nada disso é aplicado. Propomos aqui uma reflexão: se todos debatem esse tema e as soluções já estão presentes nas mesas de decisão, por que a situação permanece inalterada? Por que a teoria não se traduz no dia a dia? Por que líderes e gestores não promovem a mudança? Listamos alguns tópicos que trarão mais elementos para essa discussão.

Para que o setor de saúde – particularmente no segmento dos idosos – se organize, um dos itens a serem considerados é a desconfiança. Hoje a sociedade desconfia do que é ofertado. Nesse clima, qualquer proposta de mudança é vista com reservas. Tudo que é multifatorial e foi construído ao longo de muitos anos é difícil de transformar. Mudar uma cultura não é simples. Consideremos isso.

Outro gargalo é a qualidade assistencial, ainda pouco valorizada. É um tema de enorme importância, que demanda maior conscientização de profissionais de saúde e da sociedade. Discute-se que seria caro aplicar instrumentos de qualificação do atendimento, creditações e certificações, mas serviços qualificados são mais efetivos em termos de custo, têm menor desperdício e melhores resultados assistenciais para os pacientes.

Em alguns países, a acreditação e a avaliação de indicadores de qualidade são requisitos obrigatórios. No Brasil, no entanto, valoriza-se e premia-se o volume, falta uma política de estímulo à qualidade. Os pacientes nem sempre a reconhecem como

uma necessidade, e tanto a saúde pública como a privada a percebem como um custo adicional.

Outra questão é que existe a compreensão geral de que o cuidado do idoso ultrapassa a saúde. Além do diagnóstico e da prescrição, a participação social, as atividades físicas e mentais são elementos importantíssimos para a manutenção funcional. Mas ainda temos, principalmente na saúde suplementar, muita dificuldade para entender essas ações como parte integrante do cuidado. Existe uma tendência a separar ações “sociais” de ações “curativas”.

Também é de fundamental importância, principalmente nos dias atuais, que as informações de qualidade e os prontuários sejam bem utilizados pelos médicos ou pelos profissionais de saúde, permitindo o monitoramento constante do cliente.

E que tal discutirmos o modelo de remuneração dos profissionais de saúde? Reconhecemos que são mal remunerados, então por que não adotamos o pagamento por desempenho e performance? Associar a discussão de resultado com a forma de remuneração é um poderoso instrumento indutor na busca pelo que é certo. Assim, “pagamento por performance”, “pagamento por resultado” ou “pagamento por desempenho” tornam-se sinônimos na luta pelo alinhamento entre acesso e qualidade assistencial. A mudança do modelo de remuneração a partir desse novo marco de assistência, focado no resultado e não no volume, precisa necessariamente ser um modelo do tipo ganha-ganha, em que todos os envolvidos sejam beneficiados, mas principalmente o próprio paciente.

Para pôr em prática todas as ações necessárias a um envelhecimento saudável e com qualidade de vida, é preciso repensar e redesenhar o cuidado ao idoso, com foco nesse indivíduo e em suas particularidades. Isso trará benefícios, qualidade e sustentabilidade não somente para a população idosa, mas para o sistema de saúde brasileiro como um todo.

Agora que já sabemos o que é preciso, é momento de termos competência para arregimentar esforços que transformem a teoria em um modelo de saúde de qualidade para todos, incluindo os idosos. Não desejamos que o SUS se fragmente ou que aumente o número de falências entre as empresas de assistência médica privada.

Uma certeza todos temos: a cada ano que passa, o custo da saúde aumenta e a qualidade assistencial piora. É hora de pôr em prática o que todos defendem, mas não fazem.

Envelhecimento e Saúde

Envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais uma exceção do que a regra. A maioria dos idosos apresenta doenças ou disfunções orgânicas que, na maioria das vezes, não estão associadas à limitação das atividades ou à restrição de sua participação social. Mesmo com algum problema de saúde, o idoso pode continuar desempenhando seus papéis sociais. Grande parte das doenças crônicas está relacionada com idade, maus hábitos alimentares, sedentarismo e estresse, por isso a maioria delas pode ser prevenida e/ou postergada. Significa dizer que, apesar da doença, é possível ter uma vida plena por mais tempo. Assim, o monitoramento das condições de saúde de uma dada população, bem como de seus fatores associados, é um instrumento-chave para orientar estratégias de prevenção, que devem ter como objetivo: interferir favoravelmente na história natural da doença; antecipar o surgimento de complicações; prevenir as exacerbações e complicações das doenças crônicas; aumentar o envolvimento do paciente no autocuidado; e construir uma base de dados sobre os doentes crônicos, ou seja, a imensa maioria da carteira de idosos. Em linhas gerais, estes são os fundamentos e a abordagem necessária para os modelos de saúde contemporâneos e resolutivos.

A saúde pode ser definida como uma medida da capacidade individual de realização de aspirações e da satisfação das necessidades, independentemente da idade ou da presença de doenças. Assim, uma avaliação geriátrica eficiente e completa, a custos razoáveis, torna-se cada vez mais premente. Seus objetivos são o diagnóstico precoce de problemas de saúde e a orientação de serviços de apoio onde e quando forem necessários, para manter as pessoas em seus lares. A história, o exame físico e o diagnóstico diferencial tradicionais não são suficientes para um levantamento extenso das diversas funções necessárias à vida diária do indivíduo idoso.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma doença crônica apresenta uma ou mais das seguintes características: é permanente, produz incapacidade ou deficiências, é causada por alterações patológicas irreversíveis e

precisa de períodos longos de supervisão, observação ou cuidados. Em geral, as doenças crônicas iniciam-se lentamente, têm duração longa ou incerta, sem uma causa única. O tratamento envolve mudanças no estilo de vida e cuidados contínuos, que não costumam levar à cura, pois doença crônica não se cura, estabiliza-se. Isso possibilita uma vida com qualidade apesar da doença. Ou seja, permite manter a enfermidade sob controle, melhorando a qualidade de vida do paciente, impedindo ou amenizando o declínio funcional.

No livro “Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos”, Michael Porter e Elizabeth Teisberg defendem que a saúde precede a assistência. Para eles, é latente a necessidade de medir e minimizar o risco de doenças, oferecer um gerenciamento abrangente das enfermidades e garantir serviços de prevenção para todos os clientes, inclusive os saudáveis. Nesse escopo, afirmam, a saúde deve envolver a preparação para o serviço (que aumenta a eficiência da cadeia de valor) (2) a intervenção, a recuperação, o monitoramento e o gerenciamento da condição clínica, a garantia de acesso, a mensuração de resultados e, por fim, a disseminação da informação.

Os sistemas de saúde são constituídos por alguns pontos de atenção – os quais não funcionam de forma integrada. Em geral, os pacientes entram nessa rede desarticulada em um estágio muito avançado, e a porta de entrada acaba sendo a emergência do hospital. Tal modelo, além de inadequado e anacrônico, tem péssima relação custo-benefício, pois é centrado no hospital e faz uso intensivo de tecnologias caríssimas. Seu fracasso, no entanto, não deve ser imputado aos clientes, mas ao modelo assistencial praticado, pois há sobrecarga de usuários nos níveis de maior complexidade pela carência de cuidado nos primeiros níveis.

Não é razoável transformar os hospitais em porta de entrada do sistema de saúde quando a medicina contemporânea mostra que essa instância de cuidado, além de mais cara, deve ficar restrita a indicações precisas. O atendimento domiciliar, para alguns casos, pode ser uma alternativa. O *home care* não deve ser visto como um

² Nota de rodapé 2. Uma cadeia de valor representa o conjunto de atividades desempenhadas por uma organização desde as relações com os fornecedores e ciclos de produção e venda até a fase da distribuição final. O conceito foi introduzido por Michael Porter em 1985.

modismo, apenas uma modalidade mais contemporânea de cuidar. Aliás, a “invenção” do moderno hospital é que é algo recente, pois até bem pouco tempo atrás o cuidado se dava na residência.

O gerenciamento da doença crônica, caracterizado pela abordagem prospectiva e focada na doença, integra a prestação dos cuidados de saúde em todas as suas etapas na busca de uma relação mais custo-efetiva. Uma avaliação prospectiva do gerenciamento de doenças oferecido aos beneficiários do Medicare (sistema de seguro-saúde para idosos gerido pelo governo norte-americano) demonstrou que as ações não estavam conseguindo reduzir despesas e que os médicos se ressentiam da decisão das seguradoras de pagar os custos de gerenciamento de doenças, possivelmente reduzindo seus ganhos, além de interferir na relação médico-paciente. Programas de gerenciamento de doenças para idosos são ainda mais complexos e têm relação custo-benefício bastante baixa, pois tratar adequadamente uma doença apenas reduz os índices de morbidade de tal patologia. Como esses pacientes têm múltiplas doenças crônicas, fica evidente que priorizar apenas uma doença, em detrimento das demais, não é a medida mais adequada. A melhor opção é estruturar modelos que funcionem de modo integrado e consigam dar conta de toda a gama de necessidades. Se não for assim, o problema dificilmente será resolvido, pois as demais doenças e suas fragilidades serão mantidas. Além disso, os recursos serão utilizados inadequadamente.

A informação epidemiológica se traduz em capacidade para prever eventos, possibilitando diagnóstico precoce (em especial em relação às doenças crônicas), retardando o aparecimento desses agravos, melhorando a qualidade de vida e a abordagem terapêutica. A determinação das condições de saúde da população idosa deve considerar o estado global de saúde, ou seja, levar em conta um nível satisfatório de independência funcional e não apenas a ausência de doença. Dessa forma, pensa-se como paradigma de saúde do idoso a ideia de funcionalidade, que passa a ser um dos mais importantes atributos do envelhecimento humano, pois trata da interação entre as capacidades física e psico-cognitiva para a realização de atividades no cotidiano.

Bem-estar e funcionalidade são complementares. Significam a presença de autonomia – capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias convicções – e independência – capacidade de

realizar algo com os próprios meios –, permitindo que o indivíduo cuide de si e de sua vida. Cabe ressaltar que a independência e a autonomia estão intimamente relacionadas, mas são conceitos distintos. Existem pessoas com dependência física, mas capazes de decidir as atividades de seu interesse. Por outro lado, há pessoas que têm condições físicas para realizar determinadas tarefas do cotidiano, mas não têm condições de decidir e escolher com segurança como, quando e onde se envolver nessas atividades.

A avaliação funcional define, então, a estratificação e a alocação corretas do paciente idoso em sua linha de cuidado, além de ser capaz de antecipar seu comportamento assistencial. A autonomia funcional é um importante preditor da saúde do idoso, mas avaliar sistematicamente toda a população idosa utilizando escalas longas e abrangentes não é o ideal. Há uma série de instrumentos de avaliação para rastreamento de risco e organização da porta de entrada do sistema de saúde validados e traduzidos para o português.

A abordagem em duas fases, concentrando a avaliação completa apenas nos idosos em situação de risco, captados por um processo de triagem, é mais eficaz e menos onerosa. Para a primeira fase, da triagem rápida, deve-se utilizar um instrumento com os seguintes critérios:

- Ser simples e seguro;
- Ter tempo de aplicação curto e baixo custo;
- Ter suficiência em precisão para detectar o risco investigado;
- Ser validado para a população e para a condição a ser verificada; (3)
- Ter sensibilidade e especificidade aceitáveis;
- Apresentar um ponto de corte bem definido.

No primeiro contato, sugere-se a utilização do Prisma-7, desenvolvido no Canadá e destinado ao rastreamento do risco de perda funcional do idoso. Composto de sete itens, com validação e adaptação transcultural do questionário para o Brasil,

³ A UnATI/UERJ produziu um “Guia dos instrumentos de avaliação geriátrica”, disponível em: <www.unatiuerj.com.br/links.htm>.

mostrou que o ponto de corte referente à pontuação 4 (quatro ou mais respostas positivas) é o ideal. O instrumento não requer material especial, qualificação ou longo treinamento, podendo inclusive ser autoaplicado. O tempo de aplicação é de três minutos, e os níveis sociocultural e de escolaridade não influenciam na compreensão das questões. O Prisma-7 tem sido utilizado sistematicamente na porta de entrada do sistema de saúde do Canadá e pela British Geriatrics Society e pelo Royal College of General Practitioners, na Inglaterra, como instrumento de rastreio para perda funcional e fragilidade.

Quanto mais o profissional de saúde conhece o histórico do seu paciente, melhores serão os resultados. Os modelos assistenciais vigentes são do tempo em que o Brasil era um país de jovens e de doenças agudas. Hoje a maioria dos cuidados de saúde e dos serviços ainda está estruturada em torno de episódios de doenças agudas.

O médico do paciente, aquele médico da família de antigamente, atende na unidade básica de cuidado, mas o acompanha em todas as instâncias. Caso o paciente seja internado no hospital, o médico não o assistirá nessa unidade da rede, porém, como seu responsável e ponto de referência, será informado de tudo o que acontece, ao lado de seu enfermeiro, e manterá contato com o médico do hospital, da internação domiciliar ou de qualquer outra instância de cuidado. O importante é garantir que, mesmo sendo atendido em outra instância de cuidado, o cliente sempre terá a referência do seu médico – sua referência de cuidado. A relação entre médico, gerente de acompanhamento e paciente deve ser intensa. Um modelo de cuidado de maior qualidade, mais resolutivo e com melhor relação custo-efetividade é a preocupação, pois todos reconhecem a necessidade de mudanças e melhorias nos sistemas de saúde. Propõe-se, assim, um modelo que valoriza as instâncias leves, o monitoramento constante, o médico responsável por uma carteira de clientes e que os acompanha nas instâncias leves de cuidado, sendo informado quando algum deles utiliza os serviços das instâncias pesadas.

A Inovação Necessária

As transformações socioeconômicas das últimas décadas e suas consequentes alterações nos estilos de vida dos indivíduos nas sociedades contemporâneas – com mudança de hábitos alimentares, aumento do sedentarismo

e do estresse, além da crescente expectativa de vida da população – colaboram para a maior incidência de enfermidades crônicas, que são hoje um sério problema de saúde pública. Propõe-se uma lógica assistencial que priorize intervenções de baixa intensidade e o acompanhamento constante, com um médico responsável por uma carteira de clientes e que os acompanha nas diferentes configurações de cuidados. O modelo apresentado propõe tratamento médico integrado, fluxo de ações educativas, promoção da saúde, prevenção de moléstias evitáveis, postergação de doença, intervenção de cuidados precoces e reabilitação.

É necessário obter melhores resultados assistenciais e econômico-financeiros. E o que é preciso para isso? Que todos entendam a necessidade de mudanças e que se permitam inovar no cuidado, na forma de remunerar e na avaliação de qualidade do setor. Muitas vezes, inovar significa apenas resgatar cuidados e valores mais simples, que se perderam dentro do nosso sistema de saúde.

Irei chamar o modelo de cuidado que será detalhado neste texto de *Caring Senior*. O que o *Caring Senior* propõe é uma reorganização do cuidado, pois já há evidências de que essa proposta é muito mais eficiente e de menor custo para o sistema de saúde. Significa, em síntese, fazer o necessário de forma correta, com foco no elemento mais importante de todo processo: o próprio paciente.

A atenção deve ser organizada de maneira integrada, e os cuidados precisam ser coordenados ao longo do percurso assistencial, em uma lógica de rede, desde a entrada no sistema até os cuidados ao fim da vida. O modelo deve ser baseado na identificação precoce dos riscos de fragilização do usuário. Uma vez identificado o risco, a prioridade é intervir antes que o agravo ocorra, reduzindo o impacto das condições crônicas na funcionalidade. A ideia é monitorar a saúde, não a doença. Logo, a melhor estratégia para um cuidado adequado é utilizar a lógica de permanente acompanhamento, variando apenas os níveis, a intensidade e o cenário da intervenção.

Para pôr em prática as ações necessárias para um envelhecimento saudável e com qualidade de vida, é preciso repensar e redesenhar o cuidado ao idoso com foco no paciente e em suas particularidades. Isso trará benefícios, qualidade e sustentabilidade não somente para esse segmento populacional, mas para o sistema de saúde brasileiro como um todo.

Propõe-se que as carteiras de clientes sejam compostas de indivíduos a partir dos 50 anos, pois, mesmo não sendo idosos, a epidemiologia mostra que é a partir dessa idade que as doenças crônicas começam a se manifestar, e quanto mais precoce for estabelecida a estrutura de um modelo de educação em saúde e prevenção, maiores serão as chances de sucesso. No entanto também é possível estabelecer um ponto de corte para o início aos 55 anos ou aos 60. No Brasil, o envelhecimento humano é estabelecido a partir dos 60 anos de idade.

Também é de fundamental importância, sobretudo nos dias de hoje, que as informações de qualidade e os prontuários eletrônicos registrem tanto as ações clínicas como as “sociais”, e que esse registro esteja disponível na nuvem, acessível pelo celular, para que médicos e demais profissionais de saúde possam monitorar o cliente a qualquer momento.

Nos projetos internacionais, o médico generalista ou de família absorve integralmente para si de 85% a 95% dos seus pacientes, sem necessidade da ação de um médico especialista. Além disso, esse médico pode utilizar profissionais de saúde com formações específicas (em Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia...), mas é o generalista quem faz a indicação e o encaminhamento.

O modelo inglês, o National Health Service (NHS), tem como figura central o médico generalista de alta capacidade resolutiva – os chamados *general practitioners* (GPs) ⁽⁴⁾, que estabelecem um forte vínculo com o paciente. O acesso a esses profissionais é garantido a todos independentemente de renda ou condição social, à semelhança do nosso Sistema Único de Saúde (SUS). Ao fazer seu registro com um GP, o cidadão britânico recebe assistência médica pública e gratuita em unidades de saúde compostas por médicos generalistas e enfermeiros. Qualquer atendimento necessário, desde que não seja de extrema urgência ou em função de algum acidente, será feito ali. O modelo norte-americano, por outro lado, opta pelo encaminhamento do paciente para inúmeros médicos especialistas. São dois países ricos, de grande

⁴ No Reino Unido, o *General Practitioner* (GP) é um médico bastante diferenciado, o seu salário é maior do que de um especialista, e os GPs são muito valorizados pela sociedade britânica. Eles são considerados os verdadeiros médicos, pois “sabem de tudo”; já um médico especialista é considerado um médico limitado, pois só domina um órgão, por exemplo, o coração, o pulmão ou o rim. Para o cidadão britânico médico bom é o GP.

tradição na medicina. Utilizam, no entanto, sistemas diferentes, que proporcionam resultados também bastante distintos.

Um estudo recente da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico (OCDE) em países desenvolvidos mostra a diferença dos custos de saúde nos Estados Unidos em comparação com outros países ricos e de boa qualidade assistencial – onde, naturalmente, as despesas em cuidados de saúde são mais volumosas do que nos países em desenvolvimento. Ainda assim, o gasto dos norte-americanos é muito superior. Em 2017, foi de US\$ 10.224 por pessoa, 28% maior que o gasto da Suíça e mais que o dobro do gasto do Reino Unido. Esses dados reforçam que investir maciçamente em tratamento de doenças não é suficiente.

Em alguns países, a acreditação e a avaliação de indicadores de qualidade são requisitos obrigatórios. No Brasil, porém, valoriza-se e premia-se o volume. Falta uma política de estímulo à qualidade. Conforme já exposto, os pacientes nem sempre a reconhecem como uma necessidade, e tanto a saúde pública como a privada a percebem como um custo adicional. Apesar de esses pressupostos serem aceitos pela imensa maioria dos gestores de saúde, muito pouco é realizado. Por esse motivo, para um modelo de cuidado adequadamente estruturado, alguns elementos não podem faltar (5).

No Brasil, o que se observa é um excesso de consultas realizadas por especialistas, pois o modelo atual de assistência seguiu a lógica norte-americana e prioriza a fragmentação do cuidado. A qualidade assistencial demanda maior conscientização de gestores de saúde e da sociedade. Discute-se que seria caro aplicar instrumentos de qualificação do atendimento, acreditações e certificações, mas bons serviços são mais efetivos em termos de custo, têm menor desperdício e melhores resultados assistenciais para os pacientes.

Os modelos de atenção do segmento populacional dos idosos precisam ser centrados na pessoa, considerando suas características e necessidades. O cuidado precisa ser gerenciado desde a entrada no sistema até o fim da vida, com a

⁵ O Estatuto do Idoso, instituído pela Lei nº 10.741, em outubro de 2003, é um conjunto de leis que tem por objetivo defender e proteger os cidadãos considerados idosos: aqueles que têm idade a partir de 60 anos.

integralidade dos serviços e das ações ofertadas de forma planejada e acompanhamento constante. Sabe-se que os idosos apresentam especificidades decorrentes da própria idade, como doenças crônicas, de fragilidades orgânicas e sociais, com maior custo para seu cuidado. Diante de tantas situações adversas, o cuidado do idoso tem de ser estruturado de forma diferente e especial.

Cada geriatra deve atender uma carteira de clientes. E, para cada carteira, deve haver uma dupla formada por médico e enfermeiro. O enfermeiro é o gerente de cuidados, responsável pelo acompanhamento dos clientes. É o suporte para o médico, o cliente e sua família. Assim, as chances de sucesso são bem maiores. O modelo de remuneração também é de fundamental importância, pois deve-se estimular o melhor desempenho dos profissionais.

Outra possibilidade oferecida – e que também amplia a resolutividade do atendimento – é o acesso a uma segunda opinião médica, situação em que profissionais de altíssimo padrão poderão compartilhar seus conhecimentos com o médico generalista para discutir dúvidas. Esse contato melhorará a qualidade dos diagnósticos, dispensando o encaminhamento do cliente para um médico especialista ou para uma avaliação no hospital.

Com relação aos familiares do idoso, há modelos distintos, com arranjos variados, do que se pode considerar como participação. Existem idosos que vivem sós, sem suporte de uma rede familiar, e isso não quer dizer que não haja amigos ou empregados; outros convivem com acompanhantes; uns são assistidos a distância; e ainda há aqueles que vivenciam relações pautadas nas obrigações morais sem afeto. O suporte não deve se restringir à relação familiar consanguínea, mas ser extensivo àqueles que vivem ou convivem com o idoso.

O hospital e a emergência sempre serão instâncias de cuidado importantes para a atenção à saúde, mas é preciso redefinir e recriar a função que exercem na rede assistencial atualmente. Essas unidades de cuidado devem ser reservadas prioritariamente para os momentos de agudização da doença crônica. O programa está estruturado em um modelo de atendimento que privilegia a assistência integral e a prevenção por meio de monitoramento contínuo das condições de saúde e coordenação de cuidados em todas as instâncias de atenção. Suas etapas enfatizam as instâncias leves de cuidado, ou seja, o foco é na promoção e na prevenção da

saúde, de modo a estabilizar as doenças crônicas, visando evitar a sobrecarga no sistema.

Nas unidades de saúde, um espaço importante é o centro de convivência, que desempenha papel fundamental para sua caracterização como local de integração de várias ações educacionais, de promoção e prevenção. São encontros e interações mediados por intenções pedagógicas voltadas para a pessoa idosa, com oficinas de saúde, grupos terapêuticos, ioga, dança de salão, estimulação cognitiva, grupos de psicologia, nutrição, canto, orientação postural, fortalecimento pélvico e muscular, conduzidos pelos profissionais da equipe multidisciplinar, que contribuem com ferramentas específicas da sua área de saber e atuação. O objetivo é reduzir os problemas de solidão dos idosos, melhorar seu contato social e desenvolver novas capacidades em idade mais avançada, pois é um espaço estimulante para a troca de experiências, mediado, conforme exposto, por uma instância pedagógica.

O Modelo Proposto

O modelo proposto é estruturado em instâncias leves, ou seja, de custos menores e compostas basicamente pelo cuidado dos profissionais de saúde, todos bem treinados, e com a utilização de instrumentos epidemiológicos de rastreamento, além do uso de tecnologias de monitoramento. O esforço deve ser empreendido para manter os pacientes nesses níveis leves, visando preservar sua qualidade de vida e sua participação social. A meta é concentrar nessas instâncias mais de 90% dos idosos. Sabe-se que nem sempre é possível manter todos os clientes nas instâncias leves, mas é importante reforçar que, ao se falar que se deseja que todos os clientes fiquem nas instâncias iniciais do modelo, não se trata de impedir sua progressão nas mais pesadas. A utilização do hospital, por exemplo, deve ser uma exceção, se possível pelo menor tempo, e para tal foi organizada a estratégia do cuidado integral e do monitoramento intenso.

O modelo Caring Senior tem como base a dupla “médico geriatra e enfermeiro gerontólogo”, que têm a responsabilidade de acompanhar a saúde de uma carteira em torno de 800 clientes para 20 horas de trabalho semanal do médico e 25 horas para o enfermeiro. O médico faz a gestão clínica; o enfermeiro, os cuidados, monitorando as condições de saúde dos usuários e consolidando o papel de referência por meio do acolhimento e do fortalecimento de vínculo.

Além do geriatra e do enfermeiro, a equipe é composta por fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista, educador físico e oficinairos (profissionais que desenvolvem atividades dinâmicas integrativas no centro de convivência, vinculadas ao programa). Todas as vezes que forem identificadas necessidades de atendimento dos usuários em outros níveis de atenção, os encaminhamentos serão direcionados para os especialistas, mas sempre a partir do médico generalista.

Importante frisar que o Caring Senior não mantém médicos especialistas, a não ser por algumas exceções, quando em uma unidade há um grande número de idosos frágeis. Neste caso, recomendam-se seis áreas de especialidades médicas relacionadas ao modelo, pois fazem parte das avaliações anuais, ou atuando no auxílio ao médico generalista, em decorrência de sua especificidade, demanda e alta prevalência. Essas seis especialidades são de áreas nas quais se realizam anualmente exames preventivos de controle, a saber: cardiologia, ginecologia, uroproctologia, dermatologia, fonoaudiologia e oftalmologia. Uma observação: desses profissionais listados, o médico com especialização em otorrinolaringologista não precisa ser um médico, mas sim um fonoaudiólogo.

A consulta com as especialidades listadas somente será possível a pedido do médico generalista do paciente. Assim, fica explícito que não se assumem os demais especialistas caso o cliente precise do cuidado de outra especialidade⁶. O mesmo raciocínio ocorre para a hospitalização. Médico e enfermeiro terão a preocupação de entrar em contato com o médico do hospital, visando ter conhecimento do caso e, preferencialmente, atuando para garantir o melhor atendimento e o menor tempo de internação.

Como o modelo de cuidado é focado nas instâncias leves, no caso da necessidade da participação de um especialista de outra área, o médico indicará o profissional. No entanto, esse médico não pertencerá à equipe do Caring Senior.

⁶ Nesse modelo, pode-se ter os especialistas ou não, pois o importante é a dupla médico-enfermeira e o apoio dos gerontólogos (nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta e profissional de serviço social). Ou seja, essas áreas funcionam como um apoio para a dupla médico-enfermeira. Em alguns locais, além da equipe de gerontólogos, há algumas especialidades médicas no interior do grupo pelo fato de que as doenças do idoso mais frequentes são nessas especialidades.

Desse modo, fica bastante marcada a diferenciação entre as instâncias leves, nas quais o modelo atua, e as instâncias pesadas de cuidado.

O Caring Senior é uma estrutura voltada para o cuidado do cliente por meio de ações preventivas e assistenciais de caráter leve. Os outros cuidados serão realizados por outro segmento. Deve-se considerar, entretanto, que as instâncias leves são capazes de reter mais de 80% da clientela – portanto, as instâncias pesadas são a exceção do cuidado.

O gerente de cuidados é um enfermeiro com especialização em gerontologia que acompanha o idoso e sua família. A avaliação funcional breve feita no ingresso permite um marco zero de monitoramento e serve de parâmetro para o acompanhamento do plano terapêutico entre os diferentes pontos da rede. Esse profissional é responsável pela transição do cuidado entre os serviços e reavalia anualmente, ou quando necessário, a capacidade funcional da pessoa, incentivando-a a participar do processo. Sua função é de extrema importância para o modelo proposto e sua atuação segue a mesma lógica do navegador (*navigator*) no sistema norte-americano, criado para orientar os pacientes mais frágeis.

A função do navegador está presente em algumas operadoras dos Estados Unidos, e seu papel é central nesta proposta. De acordo com a Associação Médica Americana, é responsabilidade desse profissional o gerenciamento do cuidado do usuário ao longo dos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, verificando se as prescrições e orientações estão sendo cumpridas.

O Caring Senior incentiva o médico e a enfermeira a participarem de programas de formação continuada e cursos de pós-graduação. A apresentação de trabalhos científicos em congressos e simpósios também é estimulada, pois esses profissionais devem ter uma qualificação superior. Por esse motivo, achamos interessante que parte da bonificação obtida pelos profissionais de saúde seja direcionada para o pagamento de cursos de pós-graduação.

A bonificação pode ser paga a cada trimestre, de acordo com a pontuação obtida pelo profissional. Esse prêmio pode ser pago apenas na modalidade pecuniária ou metade do valor em dinheiro e a outra metade no formato de incentivo à formação dos profissionais, por meio de cursos de pós-graduação, ou através de folga de dias de trabalho. O estímulo financeiro e as outras modalidades apresentadas devem ser

vistos como um prêmio pela excelência da atuação no cuidado integral dos pacientes. É interessante observar que, com o pagamento de premiações, praticamente não há necessidade de demissões, pois é o próprio profissional que percebe não ser talhado para tal atividade ao perceber que os demais colegas são premiados por conseguirem oferecer uma assistência dentro do modelo proposto. Alguns profissionais não se adequam ao modelo proposto, uma minoria, mas há!

No detalhamento das ações, fica clara a diferenciação entre as instâncias leves e as pesadas de cuidado. O Caring Senior se propõe a trabalhar apenas nas instâncias leves – em outras palavras: não será o responsável por hospitalizações, emergências, médicos especialistas, à exceção das seis especialidades já mencionadas. O modelo Caring Senior atuará no cuidado e acompanhamento dos clientes com o médico e a enfermeira e com a equipe de gerontólogos, atuando também nas atividades do centro de convivência.

No caso de necessidade de um médico especialista, o médico do cliente orientará o encaminhamento para o especialista e receberá deste todas as informações e os procedimentos realizados, pois o médico do Caring Senior é o centralizador do cuidado. Importante frisar que não existe limitação de atendimento – o modelo possui bons médicos generalistas, e, nos casos mais complexos, em que somente o especialista é capaz de resolver, o cliente é encaminhado para um especialista.

A preocupação do Caring Senior é oferecer o atendimento adequado como forma de inibir o desperdício. O especialista somente deve ser utilizado em situação excepcional. No caso de uma internação, o médico generalista entrará em contato com o médico do hospital, e a enfermeira ficará em contato com o hospital e com os familiares, prestando a assistência necessária, obtendo todas as informações e facilitando a comunicação com a família. Esse simples procedimento de cuidado agrega valor ao oferecer e facilitar apoio efetivo para o cliente e familiares, pois estes se sentem protegidos e informados sobre tudo o que está ocorrendo.

Apesar de várias ações de saúde não serem realizadas pelo Caring Senior, espera-se que mais de 85% dos clientes da carteira sejam frequentadores das instâncias leves ofertadas pelo modelo. Portanto, pretende-se mudar a lógica operacional da saúde, pois, com esse cuidado intenso, aposta-se na diminuição da

utilização dos hospitais e/ou na diminuição do tempo de permanência nessa unidade, do uso excessivo do médico especialista, dos exames desnecessários solicitados por inúmeros médicos especialistas. Ao cuidar dos clientes com profissionais treinados e qualificados, consegue-se manter a imensa maioria nos serviços do Caring Senior, e apenas alguns, pelo menor tempo possível, são passados às instâncias pesadas. Nessa configuração, o Caring Senior oferece uma assistência de maior qualidade, com acompanhamento mais amigável e fidelização do cliente e das famílias por um custo menor e com melhores resultados assistenciais.

O Ingresso

O ingresso se dá por meio de uma ação denominada “acolhimento”, que acontece em duas etapas. A primeira tem cunho administrativo e institucional, quando é feita ampla exposição das ações propostas, enfatizando sobretudo a promoção da saúde e a prevenção de doenças. O usuário tem, assim, uma compreensão abrangente do modelo, esclarecido de modo didático, e de toda a dinâmica de cuidados diferenciados que serão ofertados visando melhorar sua saúde e qualidade de vida. Do mesmo modo, a participação do idoso deve ser incentivada, porque faz parte desse modelo de atenção à saúde.

Na segunda fase do acolhimento, inicia-se o atendimento propriamente dito. E, como informado anteriormente, para organizar o acesso aos níveis do modelo, aplica-se um questionário de identificação de risco (IR), o Prisma-7. Ao término da aplicação desse instrumento de triagem rápida, o resultado obtido vai para o sistema de informação. Em seguida, o paciente é submetido aos demais instrumentos que fazem parte da avaliação funcional. No modelo Caring Senior, essa avaliação funcional é realizada em duas fases, e para tal são utilizados dois instrumentos, ambos de reconhecida confiabilidade e adotados pelos mais importantes grupos de pesquisa em geriatria.

O IVCF-20 avalia oito dimensões: a idade, a autopercepção da saúde, as atividades de vida diária (três AVD instrumentais e uma AVD básica), a cognição, o humor/comportamento, a mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular; marcha e continência esfinteriana), a comunicação (visão e audição) e a presença de comorbidades múltiplas, representada por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente. Cada pergunta recebe uma pontuação

específica, de acordo com o desempenho do idoso, no total de 40 pontos. Além das perguntas, algumas medidas, como a circunferência da panturrilha, a velocidade da marcha e o peso/índice de massa corporal, são incluídas para aumentar o valor preditivo do instrumento.

A pontuação gera três classificações: de 0 a 6 pontos, o idoso tem provavelmente baixa vulnerabilidade clínico-funcional e não necessita de avaliação e acompanhamento especializados; de 7 a 14 pontos, verifica-se risco aumentado de vulnerabilidade, que vai apontar necessidade de avaliação mais ampla e atenção para a identificação e tratamento apropriado de condições crônicas; com 15 ou mais pontos, considera-se alto risco de vulnerabilidade ou mesmo fragilidade instalada, o que exige avaliação ampliada, de preferência por equipe especializada em cuidado geriátrico-gerontológico e com suporte psicossocial. O grupo coordenado pelo professor Edgar Moraes, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), disponibilizou on-line o instrumento.

A escala Lachs é utilizada após o ICVF-20. Ela visa detalhar alguns tópicos e permite uma robustez maior para os resultados. Essa estratégia de utilizar os dois melhores instrumentos epidemiológicos busca ampliar a confiabilidade dos resultados.

- Escala de Lachs – composta por 11 itens (perguntas, aferições antropométricas e testes de desempenho) para avaliação das áreas mais comumente comprometidas na pessoa idosa: visão, audição, membros superiores e inferiores, continência urinária, nutrição, cognição e afeto, atividades de vida diária, ambiente domiciliar e suporte social. A aplicação desse instrumento permite, de maneira rápida e sistematizada, identificar os domínios funcionais que deverão ser posteriormente avaliados mais detalhadamente para o estabelecimento de diagnóstico e planejamento de intervenções;

- Escala de Katz – avalia as atividades de autocuidado na vida diária;
- Escala de Lawton – avalia atividades instrumentais;
- Miniavaliação nutricional;
- Escala de Tinetti – teste de equilíbrio e marcha;
- Cartão de Jaeger – avalia a acuidade visual;
- Miniexame do estado mental – Teste de Folstein;

- Escala de Yesavage - escala de depressão geriátrica;

Além da identificação de risco e demais protocolos de rastreio, os demais instrumentos epidemiológicos serão utilizados anualmente. O médico e o gerente de acompanhamento, além da equipe interprofissional geriátrica, farão avaliações mais detalhadas a fim de propor um plano de intervenção. Essas informações farão parte do prontuário do paciente e serão mantidas até o fim do percurso assistencial. Após essa avaliação, é definido um plano terapêutico individual com periodicidade de consultas, encaminhamento para equipe multidisciplinar, centro de convivência e, se for o caso, avaliação de especialistas médicos.

É então aberto um registro eletrônico único, longitudinal e multiprofissional, no qual estarão armazenadas as informações de todas as instâncias de cuidado do modelo assistencial, desde o primeiro contato até o cuidado paliativo na fase final da vida. Esse registro deve conter informações sobre a história clínica e os exames físicos do paciente idoso, mas é essencial que tenha informações sobre seu dia a dia, sua família e seu apoio social, entre outras. Seu prontuário deverá também contar com os registros dos demais profissionais não médicos, como fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos etc. A participação da família, a explicação das atividades e os *screenings* epidemiológicos são outros importantes diferenciais desse produto. A informação sobre todos os procedimentos é fundamental para o monitoramento do cliente (7).

TRANSIÇÃO DO CUIDADO HOSPITALAR

Um dos principais fatores para o controle de custos dos associados vinculados ao programa é o acompanhamento em todas as instâncias de cuidado. Não há lacuna na atenção ao paciente quando este é encaminhado à rede assistencial ou quando necessita de cuidados terciários ou atenção em nível hospitalar. A transição entre as instâncias é acompanhada pela equipe de gestão, que preza pela fluidez no fluxo de informações, aproximando os profissionais assistentes e buscando preservar o princípio da direção predominante da dupla formada por médico geriatra e enfermeiro.

⁷ IVCF-20 pode ser aplicado por meio do link: <https://sistema.medlogic.com.br/ngIVCF20/ge/standalone/671/646>

O controle das hospitalizações se dá por intermédio de fluxo determinado com o objetivo de assistir o cliente, garantindo que os responsáveis pelo atendimento conheçam seu histórico clínico e de tratamento, além do entendimento de que essa pessoa tem um acompanhamento frequente e deve retornar à sua equipe de saúde quando o período de agravamento clínico for superado.

Em caso de internação, o monitoramento do paciente é feito diariamente por duas vertentes. Em uma delas, o enfermeiro mantém contato com a família para dar apoio, esclarecimento ou identificar necessidades (do paciente ou da própria família). A outra vertente envolve o gestor de prevenção, que atua como elo entre ambulatório e hospital, fazendo acompanhamento diário com o médico assistente hospitalar. Nos hospitais onde existe a figura do médico internista, esse contato é facilitado e direto. Nos demais, existe o apoio dos médicos auditores ou da equipe assistente.

Com esse objetivo sendo cumprido, nos momentos em que o idoso necessita de hospitalização, esta ocorre em tempo menor, evitando procedimentos desnecessários ou internações em setores de terapia intensiva, garantindo direcionamento pós-alta para a instância leve, sem necessidade de consulta a vários especialistas. Tudo converge para uma qualidade assistencial superior e com significativa redução de custos, e tem impacto positivo na sinistralidade desse grupo de pacientes.

A Importância da Coordenação dos Cuidados

Existem diversos modelos de linhas de cuidado, mas o importante é que cada instituição de saúde tenha conhecimento de sua carteira, seu perfil e suas necessidades, de modo a construir a melhor forma de organizar sua prestação de serviços.

Outro achado é que a porta de entrada do sistema de saúde não pode ser o hospital. Deve-se desenhar um modelo com várias instâncias de cuidado anteriores. Ver o hospital como local privilegiado da cura é um erro conceitual. No caso de pessoas idosas, a internação deve ocorrer somente em caso de agudização da doença crônica e pelo menor tempo possível, ou em casos de urgências. Ficou demonstrado que a porta de entrada no sistema deve ser o local facilitador para o cliente e sua família se sentirem protegidos e amparados. Acolher é fundamental para quem chega e um estímulo para que a pessoa desenvolva confiança e se fidelize.

Outro aspecto importante é a ênfase para que os clientes participem das atividades do centro de convivência, lugar de integração e reforço das políticas de cuidado integral. Os dados demonstram o efeito positivo na redução do encaminhamento para os médicos especialistas. Além do mais, os profissionais que comandam as atividades são identificados como membros da equipe e, portanto, possuem alta credibilidade entre os clientes.

Tecnologia como Diferencial

É preciso haver um sistema de informação de qualidade superior e de tecnologia leve para auxiliar na fidelização dos clientes. Sem o uso de tecnologia, o projeto Caring Senior não é viável, por isso deve-se ter competência para utilizar ao máximo seu potencial. Um exemplo: o cliente, ao passar pela porta de entrada do centro de saúde, tem seu rosto identificado, o que abre de forma instantânea seu prontuário na mesa da recepcionista. Ao recebê-lo, ela o chama pelo nome, pergunta pela família e confere a lista de remédios que o cliente está tomando. São ações absolutamente simples, mas que agregam enorme confiança ao relacionamento, fazendo com que o cliente se sinta protegido e acolhido desde o primeiro momento.

O sistema de informação, que se inicia com o registro do beneficiário, é um dos pilares do programa. Por intermédio dele, todo o percurso assistencial será monitorado em cada nível, verificando a efetividade das ações e contribuindo para a tomada de decisão e o acompanhamento. Trata-se de um registro eletrônico único, longitudinal e multiprofissional, que acompanha o cliente desde o acolhimento. Esse prontuário se diferencia dos existentes pelo fato de haver registro de sua história de vida e seus eventos de saúde, e será capaz de documentar não somente a evolução clínica da pessoa idosa, mas sua participação em ações de prevenção individuais ou coletivas, assim como o apoio do enfermeiro e as chamadas telefônicas realizadas, que devem ser resolutivas, com pessoal treinado e qualificado. O contato telefônico entre pacientes e profissionais deve ser feito com total compartilhamento da informação com a equipe, em benefício de uma avaliação integral do indivíduo.

O atual contexto de pandemia de covid-19 e isolamento social apresentou diversos desafios à prática da medicina. No Caring Senior, pode-se ampliar o contato com o cliente, pois, além dos encontros presenciais, há a incorporação das consultas via telemedicina. Portanto, a teleconsulta (ou consulta médica remota), mediada por

tecnologias, com médico e paciente localizados em diferentes espaços geográficos, faz parte do modelo Caring Senior. O uso de tecnologia para consultas, solução de dúvidas e promoção de atividades variadas teve que ser ampliado, o que deu grande impulso para a telemedicina. Médico e enfermeira passaram a ter muito mais contato com seus clientes – sobretudo os que residem em locais distantes –, o que não anula o atendimento presencial, mas permite um número maior de consultas. A tecnologia e a inovação fazem com que o cliente seja melhor monitorado, com uma assistência de padrão superior e significativa redução de custos. Ao adicionar a telemedicina, o objetivo não é substituir a consulta presencial, mas flexibilizar e facilitar os horários e dias de consulta, já que médico (ou enfermeira) e paciente não precisarão se deslocar.

A busca da inovação e do uso da tecnologia de ponta propicia um estreitamento do contato da equipe de saúde com o cliente e seus familiares. Essas ações trarão benefícios ao monitoramento, com reflexos na estabilização das doenças crônicas e garantia de mais qualidade aos anos adicionais de vida. Com uma plataforma desenhada especificamente para esse cuidado, o contato dos gerontólogos será ampliado, viabilizando inúmeras ações individuais ou em grupo, envolvendo nutricionista, psicólogo ou fisioterapeuta, com aconselhamento e ampliação do contato com os clientes pelo pessoal da equipe de saúde, o que leva a uma maior fidelização e aceitação das recomendações destes profissionais.

Outro importante diferencial é a disponibilização de um aplicativo para celular com informativos individualizados e lembretes de consultas e ações prescritas. O app poderá, entre outras ações, solicitar que o cliente faça uma foto do seu café da manhã e a envie para a nutricionista, que observará se a alimentação está balanceada, se há fibras em quantidade adequada etc. Um outro bom exemplo já parcialmente mencionado é ter uma pequena câmera fotográfica que registra a entrada do cliente na unidade. A partir dessa foto, quando o cliente chega no balcão para se dirigir à atendente, essa identificação da face reconhece a pessoa, abre o seu prontuário, e oferece informações para a atendente recepcionar o cliente pelo seu nome, perguntar sobre seu remédio ou ter conhecimento da história da pessoa. Essa simples recepção confere um grau de conhecimento do paciente de forma importante. São ações que agregam muita confiança da parte do cliente e ajudam na fidelização dele ao modelo. Ao ser atendido pelo médico, a pessoa estará absolutamente confiante na estrutura que esse serviço de saúde lhe oferece. Assim, ações simples e fáceis devem ser

implantadas para a amplificação da confiança do cliente na unidade de saúde, pois fortalecem o nosso modelo assistencial. Outro exemplo são os lembretes dos horários dos remédios e as dicas sobre atividades diárias do centro de convivência. Todo o esforço do Caring Senior será para manter os usuários nas unidades do programa, com sua equipe de saúde, evitando ao máximo a utilização das instâncias pesadas de cuidado. A inovação e a tecnologia são fundamentais no sucesso do modelo Caring Senior.

Equipe Interdisciplinar

Como citado anteriormente, o programa tem como base uma dupla formada por um médico geriatra e um enfermeiro gerontólogo. Eles têm a missão de monitorar a saúde de uma carteira de 800 pacientes. Ao médico cabe fazer a gestão clínica; o enfermeiro fica responsável pela coordenação dos cuidados, com forte atuação no acolhimento e no fortalecimento de vínculo com o paciente e sua família. A equipe interdisciplinar é composta, ainda, por profissionais de fisioterapia, psicologia, educador físico e serviço social, bem como outros profissionais que desenvolvem oficinas de integração dos participantes no âmbito do centro de convivência.

A consulta com os médicos de especialidades somente será possível a pedido do médico generalista do paciente. Desse modo, fica explícito que o modelo não assume os demais especialistas caso o cliente precise do cuidado deles. O mesmo raciocínio ocorre para a hospitalização. Médico e enfermeiro terão a preocupação de entrar em contato com o médico do hospital para lhe dar conhecimento do caso e, preferencialmente, garantir o melhor atendimento e o menor tempo de internação, podendo, se necessário, sugerir um médico especialista. Os encaminhamentos constituem uma continuidade previsível da assistência, e a definição de seus critérios deve ser conhecida pelos componentes das equipes do programa.

Juntamente à equipe interdisciplinar que presta atendimento presencial, o modelo conta com uma equipe de médicos e enfermeiros que atuam no modo virtual, por intermédio do GerontoLine, garantindo aos usuários uma cobertura *full time* que, no modo passivo, recebe ligações dos clientes para orientações e, no modo ativo, realiza contatos, mantendo os pacientes no “radar” de cuidados. Favorecendo essa interação, os profissionais da coordenação de cuidado (on-line) possuem acesso às principais informações do histórico de saúde de seus pacientes. O termo GerontoLine

visa se diferenciar dos *call centers* tão comuns nos serviços de saúde, que funcionam com pessoas mal preparadas, que falam a língua do “gerundês” ⁽⁸⁾ e que não oferecem nenhum suporte no caso de a pergunta estar fora do *script*. Por esse motivo, os “modernos” *call centers* são respondidos pelo computador. Já no GerontoLine, que funciona 24 horas, todos os dias da semana, a ligação é atendida por profissionais da saúde treinados, com acesso ao prontuário do paciente e com totais condições de resolver o problema. Caso haja necessidade de chamar uma ambulância no meio da noite, esse profissional toma as providências. No caso de uma ligação na madrugada, esse atendente passará uma mensagem para o médico com o motivo do contato, e o médico, no início da manhã, já tomará as primeiras providências. Ou seja, o paciente e seus familiares se sentem protegidos, pois sabem que, em caso de necessidade, há um serviço qualificado de telefonia.

Para o bom funcionamento do GerontoLine, é necessário um excelente prontuário, que aborde não apenas as questões clínicas, mas também as comportamentais, sociais, familiares, pois, para este modelo, é necessário que haja uma visão global das demandas do cliente. Por esse motivo, recomendamos um prontuário voltado para o registro amplo do acompanhamento do cliente, em linha com a proposta do modelo de “coordenação do cuidado”. Nada mais natural, pois as consultas não abordam apenas a doença, mas o todo, as demandas do cliente, aspectos sociais e médicos da sua vida. Desse modo, esse prontuário deve estar estruturado para essa demanda mais ampla. Outro diferencial do prontuário são os instrumentos de avaliação epidemiológica, que são realizados na primeira consulta e que ajudarão na definição do número de vezes ao ano que o cliente se consultará com seu médico. Tais instrumentos serão reaplicados todo ano, ou em período menor, caso haja necessidade extra. O prontuário que utilizamos foi desenvolvido pelo grupo da saúde da USP de Ribeirão Preto. ⁽⁹⁾

⁸ O gerundês é um modo de expressão que se caracteriza por substituir o bom, legítimo e sintético infinitivo por uma locução verbal formada por estar + gerúndio.

⁹ . Esse prontuário foi desenvolvido pela equipe do Dr. Carlos Braga, médico de família. O Dr. Carlos é o CEO da empresa BioApps. Esse seu produto possui também um segmento de GerontoLine, que é um “*call center*” de qualidade, realizado por profissionais da área da saúde. E, para que haja resolutividade nas chamadas, é necessário que esses profissionais tenham acesso às informações do cliente e que estas sejam de qualidade.

Ações e Métricas do Médico

São atribuições do médico geriatra:

- Gerenciar o histórico de saúde da sua carteira, estabelecendo um plano de cuidados individualizados e personalizados;
- Definir o risco clínico de cada paciente da sua carteira e gerenciar suas demandas de cuidados junto com o enfermeiro;
- Monitorar internações;
- Avaliar e processar necessidades de encaminhamento aos especialistas;
- Coordenar a discussão de casos clínicos de maior relevância, de forma a manter a equipe integrada e alinhada na conduta mais adequada para cada caso.

Considerando uma carga horária de 20 horas semanais, cada médico terá, semanalmente, quatro turnos de cinco horas. Cada turno terá disponibilidade para agendamento de 12 pacientes com 20 minutos de consulta, além de três horários “curingas” (60 minutos), que devem ser utilizados para demandas extras, como interconsultas com o enfermeiro, revisão de casos ou eventual contato com pacientes hospitalizados. Assim, a cada mês, o médico realizará em torno de 200 atendimentos, o que fará com que toda a carteira, de 800 usuários, seja consultada no trimestre. Como a carteira da dupla médico-enfermeira é de 800 clientes, é o fator de risco de fragilidade que define a quantidade de consultas no ano. O número de atendimento do médico varia de acordo com a avaliação prévia, feita no momento do acolhimento; portanto, o número de consultas anuais será definido pela necessidade, baseado nos resultados dos “*screening* epidemiológico”. Algumas consultas podem ser rápidas, inclusive através de aplicativo, apenas para a resolução de algo específico, pois, além do médico, o paciente terá o suporte de toda a equipe de saúde.

O modelo Caring Senior tem, além das consultas com o médico, as consultas com a enfermeira. Os demais gerontólogos da equipe recebem os clientes que forem encaminhados pela dupla médico-enfermeira para um atendimento individual ou em grupo. Os familiares do cliente também são contatados pelos gerontólogos para ampliar o suporte. Todas as ações são registradas no prontuário eletrônico único. Esse prontuário reúne todas as informações do cliente e será de grande importância

para o uso do GerontoLine, pois é fundamental que o profissional de saúde tenha todas as informações do cliente à sua disposição quando for acionado.

Também fazem parte da equipe do modelo Caring Senior os profissionais que realizam diariamente as oficinas de atividades variadas. Em síntese, o cliente e seu familiar têm uma equipe com vários profissionais qualificados a sua disposição, pois entendemos que o sucesso da “coordenação de cuidados” ocorre em decorrência desse monitoramento amigável e do conhecimento das demandas e necessidades do nosso cliente, visando os melhores procedimentos de apoio à sua saúde integral.

A consulta de retorno será programada conforme o risco de vulnerabilidade de cada paciente, ficando pré-definido que:

- Pacientes Risco 1 serão agendados a cada quatro meses;
- Pacientes Risco 2 serão agendados a cada três meses;
- Pacientes Risco 3 serão agendados a cada dois meses;

Além das consultas de rotina, o geriatra terá quatro ações sob sua responsabilidade:

- Realizar interconsultas com o enfermeiro;
- Elencar os casos críticos como forma de priorização para discussão com o enfermeiro;
- Acompanhar encaminhamentos realizados para especialistas;
- Acompanhar e intervir nos casos de hospitalização.

Ações e Métricas do Enfermeiro

O enfermeiro terá em seu escopo quatro ações distintas e integradas em todo o processo:

- Avaliação funcional breve: trata-se da primeira consulta do paciente, que é realizada com o enfermeiro, na qual são aplicados os testes de rastreio. Coleta-se a história clínica, e o “vínculo” entre o assistido e o assistente se inicia;

- Consulta de enfermagem: a frequência das consultas de enfermagem será estabelecida conforme o grau de fragilidade, assim classificado:

Risco 1 – agendamento a cada quatro meses;

Risco 2 – agendamento a cada três meses;

Risco 3 – agendamento a cada dois meses.

Durante as consultas, o enfermeiro deverá:

- Avaliar o cumprimento das metas propostas;

- Reestabelecer novas metas quando necessário; e

- Rastrear possíveis necessidades de abordagem médica, engajar os beneficiários no desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado que possa distinguir suas necessidades e atender suas prioridades, além de garantir que o beneficiário e sua família entendam seu papel na promoção do cuidado e sintam-se seguros para desempenhar suas responsabilidades conjuntas. Concomitantemente, o enfermeiro poderá:

- Identificar as barreiras de natureza psicológica, social, financeira e ambiental que estejam afetando a habilidade do beneficiário para a adesão aos tratamentos ou promoção de saúde, estabelecendo uma estratégia que solucione ou minimize a questão envolvida. Ainda dentro desse escopo, o enfermeiro poderá fazer atendimentos coletivos, chamados de grupos terapêuticos, que reúnem pacientes com a mesma comorbidade a fim de prover uma dinâmica de informação e conscientização de práticas saudáveis;

- Realizar atendimento breve de enfermagem (ABE): é um atendimento pontual, realizado presencialmente, no qual o enfermeiro, em caráter especial e sem agendamento prévio, atende pacientes que, sendo atendidos pelo GerontoLine, demandaram uma orientação presencial. Não se trata de um pronto atendimento, porém, entre outros objetivos, pretende evitar idas desnecessárias às emergências. Considerando que a maior parte das intercorrências apresentadas via telefone ou *call center* será administrada virtualmente ou encaminhada para um serviço de emergência, o tempo reservado na agenda do profissional para essa ação representa 10% de cada turno de trabalho;

- Realizar monitoramento: tem como principal objetivo manter o paciente sob o radar da dupla que gerencia sua saúde. Assim, conforme o grau de fragilidade, os pacientes receberão contatos mais frequentes. No entanto, toda a carteira será monitorada, no mínimo, uma vez ao mês. Os contatos serão realizados via telefone

ou pelo aplicativo e seguirão um protocolo estruturado para garantir a efetividade da abordagem e assegurar que os históricos de informações e dados eletrônicos da saúde dos beneficiários estejam apropriadamente atualizados para otimizar o acesso das equipes de saúde e do próprio beneficiário. Contribuindo com as demandas dos monitoramentos, os profissionais do serviço, via web ou telefone, também realizarão os monitoramentos, além de ficarem à disposição dos usuários 24 horas no atendimento virtual.

Pagamento por Performance

O modelo hegemônico de remuneração dos serviços de saúde em muitos países, tanto em sistemas públicos quanto naqueles orientados ao mercado de planos privados de saúde, ainda é o de fee for service (remuneração por desempenho). Este se caracteriza, essencialmente, pelo estímulo à competição por usuários e remuneração por quantidade de serviços produzidos (volume). Não basta mudar o modelo de remuneração sem alterar o modelo assistencial e vice-versa, pois os dois são interdependentes.

Alguns dos problemas do sistema de saúde brasileiro, em especial o suplementar, que afetam primordialmente o idoso são consequência do modelo adotado há décadas. Para dar conta dessa nova e urgente demanda da sociedade, modelos alternativos de remuneração devem ser implementados para romper o círculo vicioso de sucessão de consultas fragmentadas e descontextualizadas da realidade social e de saúde da pessoa idosa, além da produção de procedimentos desconectados do desfecho esperado.

A remuneração atrelada ao desempenho é uma recompensa que contempla os resultados em determinado período de tempo. Como os requisitos técnicos e comportamentais exigidos dos profissionais da Caring Senior são de alto padrão, pretende-se, portanto, que a remuneração proposta tenha a adequada equivalência.

Na Caring Senior, o pagamento por desempenho estabelece níveis de bônus que podem chegar a 30% a mais na remuneração no trimestre. A cada três meses, é feita uma avaliação do desempenho do profissional a partir de indicadores previamente determinados. Considerando que existe a necessidade de quatro consultas médicas/ano como premissa do programa, é exigida uma consulta por trimestre para a totalidade dos clientes vinculados ao médico.

São pré-requisitos da bonificação a assiduidade e a pontualidade, fundamentais para a garantia do quantitativo de consultas, que é fator de qualidade do funcionamento do serviço. Outra exigência para participar do programa de pontuação para pagamento do bônus é o registro adequado das informações no prontuário eletrônico dos participantes, bem como de suas eventuais internações. Estas constituem o principal fator de custo; assim, o controle rígido pela equipe determina o sucesso econômico-financeiro de qualquer iniciativa ou projeto.

Outro princípio básico é a resolutividade do médico geriatra. De acordo com estudos internacionais, médicos generalistas podem resolver de 85% a 95% das situações clínicas da clientela. Os encaminhamentos para especialidades clínicas devem ser exceção. Se o médico encaminhar até 15% dos clientes da sua carteira no trimestre, estará demonstrada uma boa capacidade resolutiva, merecedora de pontuação.

O engajamento dos usuários do programa pela equipe multidisciplinar e pelo centro de convivência determina o vínculo do cliente e a resolutividade. Com isso, foi incluído um item que avalia a participação dos associados de cada carteira médica em consultas com os gerontólogos da equipe e nas atividades coletivas do centro de convivência, valendo pontos para a bonificação.

A sinistralidade é o principal indicador econômico-financeiro estabelecido para avaliação do programa, razão pela qual foi conferido peso maior a esse item, podendo o médico ganhar até dois pontos na avaliação de seu desempenho. Com essa avaliação, o que está sendo exigido é a excelência do cuidado, sendo justo o estímulo aos profissionais dentro da premissa de ganha-ganha.

Uma outra modalidade de premiação é uma em que não há pagamento pecuniário, ou em que apenas uma parte é realizada através do prêmio em dinheiro. Ao invés de dinheiro, a premiação se dá através do pagamento de cursos de pós-graduação, ou através de folgas do trabalho. Também há um sistema misto, no qual metade da premiação se faz com o pagamento em dinheiro e a outra metade da premiação com uma outra modalidade de estímulo, que pode ser compras de livros, pagamento de cursos, ou folga para o profissional.

Não há dúvidas de que modelos de pagamento por performance serão uma realidade em nosso país. Os profissionais do setor de saúde devem se dar conta de que essa não é uma questão de quando ou se ocorrerá, mas de como ocorrerá.

Centro de Convivência

O centro de convivência para idosos é um espaço que oferece diversas atividades que contribuem com o processo de envelhecimento saudável, com o desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, com o fortalecimento dos vínculos familiares e com o convívio comunitário e com a prevenção de situações de risco social para as pessoas acima de 60 anos.

Com o gradativo aumento da população idosa, surgiram alguns programas educacionais voltados principalmente ao lazer. A primeira experiência brasileira de educação para adultos maduros e idosos foi implementada pelo Serviço Social do Comércio (SESC). Os grupos de convivência surgiram na década de 1960, com programação elaborada com base em programas de lazer. Eram assistencialistas, pois não ofereciam instrumentos necessários para os sujeitos recuperarem a autonomia desejada. A partir da década de 1980, as universidades começaram a abrir espaço educacional para a população idosa e para profissionais interessados no estudo das questões do envelhecimento, predominando a oferta de programas de ensino, saúde e lazer.

O centro de convivência de idosos refere-se a diferentes espaços que promovem atividades regulares para idosos, do futebol semanal até as dezenas de oficinas dentro de uma unidade ou clube da longevidade. Portanto, o centro de convivência é um espaço de promoção da saúde e de educação, e disponibiliza informações sobre hábitos saudáveis, ações preventivas e de avaliação geriátrica ampla – AGA.

Centros de convivência para idosos têm sido criados também pelas operadoras de planos de saúde a partir da publicação, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do “Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar”. O documento propõe incentivos para estimular a mudança da lógica de assistência, criando espaços para a promoção em saúde para idosos, tais como os centros de convivência. Publicou-se também resolução que incentiva a participação de

beneficiários de planos de saúde em programas de envelhecimento ativo, com a possibilidade de descontos nas mensalidades.

Equipe Interdisciplinar

Como citado anteriormente, o programa tem como base a dupla “médico geriatra e enfermeiro gerontólogo”, cuja responsabilidade é acompanhar a saúde de uma carteira de clientes. Além do médico generalista ou do geriatra, e mais o enfermeiro, a equipe é composta por gerontólogos, em particular aqueles com formação em fisioterapia, psicologia, assistente social, nutrição, educador físico e oficinas (profissionais que desenvolvem atividades dinâmicas integrativas vinculadas ao programa).

Juntamente à equipe interdisciplinar que presta atendimento presencial, o modelo conta com uma equipe de médicos e enfermeiros que atuam no modo virtual, através do GerontoLine, garantindo aos usuários uma cobertura *full time*, que, no modo passivo, recebe ligações dos clientes para orientações e, no modo ativo, realiza contatos, mantendo os pacientes no “radar” de cuidados. Favorecendo essa interação, os profissionais da coordenação de cuidado (on-line), possuem acesso às principais informações do histórico de saúde de seus pacientes.

Grupos Terapêuticos

Objetivo

O Grupo Terapêutico é uma estratégia de abordagem em grupo com pacientes que apresentam a mesma comorbidade. Através de roda de conversas e palestras interativas, os participantes terão a oportunidade de compreender melhor a patologia abordada e tirar suas dúvidas, gerando uma ação autopreventiva.

Periodicidade

A duração do grupo vai depender do tema abordado. Em cada turno, 60 minutos serão dedicados a esta ação, que reunirá de 5 a 10 participantes. Os assuntos abordados serão definidos conforme a demanda real da carteira.

Fisioterapia

Avaliação

A avaliação fisioterápica tem como objetivo identificar as alterações músculo-

esqueléticas que produzem limitações funcionais e definir o programa de tratamento adequado ao indivíduo, que poderá ser individual ou em grupo. A adesão ocorre a partir do encaminhamento médico com diagnóstico clínico; através desse diagnóstico, é realizada uma avaliação fisioterapêutica utilizando um questionário estruturado e a escala de Tinetti.

Procedimentos terapêuticos

Os procedimentos terapêuticos individuais têm como objetivo melhorar a qualidade de vida dos pacientes, reduzir quadro álgico, reduzir o risco de quedas, melhorar a mobilidade e a locomoção, assim como tratar pacientes com lesões traumato-ortopédicas, sequelas neurológicas e doenças reumatológicas com a necessidade de atendimento individual para redução de quadro álgico e reabilitação motora.

Nutricionista

O nutricionista, atendendo ao encaminhamento do geriatra, realizará as seguintes ações:

Avaliação Nutricional

A avaliação do estado nutricional se dará com base nos dados clínicos, bioquímicos, antropométricos e dietéticos, além de considerar dados relevantes a funcionalidade e hábitos de vida, hábitos alimentares (atual e progresso), déficit sensorial, alterações gastrointestinais e comportamentais, dentre outros com potencial de comprometer a ingestão alimentar e, por conseguinte, o estado nutricional do paciente.

Informações referentes à organização familiar e aos cuidados, renda e localidade onde o associado reside também são consideradas.

Na consulta de primeira vez, uma anamnese alimentar detalhada é coletada a fim de corroborar as demais informações contidas em prontuário.

Oficineiros

Oficineiros são os instrutores das atividades realizadas diariamente nos centros de convivência. São profissionais especializados em sua prática, gerontólogos.

As atividades propostas são:

- Roda de conversa;
- Estímulo cognitivo;
- Postura e equilíbrio;
- Dança;
- Yoga;
- Canto.

Uma agenda com 5 atividades semanais é disponibilizada para os associados, que escolhem as atividades de maior interesse, podendo participar de uma ou mais atividades, conforme a demanda.

Diferenciais

Prontuário eletrônico para o idoso participante do modelo;

Treinamento da equipe de profissionais envolvidos no projeto.

Avaliação geriátrica ampla (AGA)

A avaliação das atividades de vida diária (banho, ida ao vaso sanitário, transferência, continência e alimentação), atividades instrumentais (usar telefone, fazer compras, preparar alimento, controle de medicamentos, finanças) e mobilidade (equilíbrio, velocidade de marcha e força em membros) pode contribuir para gerar informações importantes para a tomada de decisões, mapeando fatores de proteção e risco individuais.

As atividades médico-sanitárias de educação para a saúde podem ampliar seu foco de atenção para dimensões positivas da saúde, para além do controle de doenças específicas.

A triagem auditiva e visual e o auxílio no gerenciamento do uso de múltiplos medicamentos, "a polifarmácia", antecipam a detecção de problemas, contribuindo para o bem-estar do idoso. Hábitos saudáveis, fatores de proteção, incluem alimentação balanceada, prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, atividade ocupacional e atividades de bem-estar no campo da nutrição (cozinha para diabetes, osteoporose).

Os centros de convivência abordam atividades variadas. Além dos exercícios físicos, encontramos treino cognitivo, programas nutricionais, serviços telefônicos,

computação, segurança domiciliar, prevenção de quedas, controle de esfíncteres, imunizações e administração financeira. Cuidados com a mobilidade do idoso, prevenção de quedas e equilíbrio em oficinas de psicomotricidade, treinamento de força, orientação na escolha dos sapatos e serviço de podologia são fundamentais, pois garantem a independência.

Envelhecer requer adaptações. Novas aprendizagens são recursos para manter a funcionalidade, a flexibilidade dos idosos. Atividades artísticas, culturais e de recreação são tradicionalmente vinculadas a espaços de convivência para idosos e importantes fontes de prazer: conhecimentos gerais, idiomas, informática, produção de textos e leitura, arte dos retalhos, dança de salão, teatro, música, jogos de carta, dominó, xadrez, meditação, viagens turísticas. E para o planejamento do próprio envelhecimento, chamamos atenção para um questionário - *Time trade-off* – que permite uma negociação entre profissional da saúde e idoso, considerando risco e prazer.

Muitos idosos aposentados se reinserem no mercado de trabalho de forma regular ou eventual, por prazer ou necessidade, o que representa complementação de orçamento e estímulo ao contato social. Nos Estados Unidos, muitos se comprometem com trabalhos voluntários. Centros de convivência podem prestar serviços de assessoria jurídica, agenciamento de cuidadores e auxílio para permanência domiciliar (suporte nas atividades de vida, teleassistência, entrega de refeições, por exemplo). Para tanto, é fundamental o investimento em cursos para a qualificação de cuidadores e da comunicação na rede de cuidados.

Ressaltamos que a regularidade de frequência às oficinas permite ao idoso a vivência de uma rotina, o que beneficia também o cuidador, que pode dispor daquele tempo para outras atividades. Um "contrato" semestral ou anual de participação dos idosos às oficinas, segundo desejo deles e disponibilidade de coordenadores, permite melhor gerenciamento. Esses centros também poderiam acolher discussões importantes para o idoso e seu entorno. Envelhecimento e finitude merecem destaque. Podemos nos preparar para envelhecer e morrer? Podemos construir um guia prático, divertido, com antecipações de questões relevantes do envelhecimento. (O que está acontecendo comigo?).

A filosofia e a religião podem contribuir para a reflexão sobre envelhecimento e

morte. Para Platão, na Grécia Antiga, filosofar era aprender a morrer. Idealista, acreditava na vida após a morte, uma passagem, a libertação da alma. Para os materialistas, como Epicuro, a vida era finita e, pela escassez, ela ganhava valor, uma vez que não haveria nada após a morte. Não se vive da mesma maneira quando se acredita em concepções tão diferentes de morte.

Sobre o morrer, muito se tem refletido: momento que vale a pena viver, motivo de medo. A finitude, os cuidados paliativos e a maneira como culturalmente lidamos com essa fase da vida foram discutidos em trabalho anterior. Ressaltamos a discussão sobre cuidados paliativos, a qualidade no final da vida. Seria possível preparar um guia prático, mas também sensível, apresentando algumas ideias sobre a morte, como “para onde iremos?”. A Psicologia, a partir da discussão sobre vínculos, contribui nessa tarefa. Desapegar da cor dos cabelos, da visão e da audição perfeitas, desapegar da potência, da memória; deixar partir, aceitar o "exoesqueleto" (próteses, aparelhos para audição, óculos, implantes...), criar soluções, transformar e aprimorar. O acolhimento dos medos no grupo é oportuno; entretanto, é tarefa do idoso desapegar-se, viver perdas, dizer adeus. A solidão humana é fato e mesmo necessária. O centro de convivência pode contribuir para a reflexão sobre o sentido da vida, de cada vida, ao cultivar histórias individuais em relatos enriquecidos por fotos, cenas de filmes, músicas, receitas de comida, compartilhando refeições etc.

A trajetória humana ao longo do ciclo vital é construída culturalmente e experimentada de forma singular. Cada fase determina e prediz as possibilidades no momento posterior: envelhecemos como vivemos. Flexibilidade e resiliência (capacidade de fazer face aos acontecimentos) variam de pessoa para pessoa. A experiência de velhice é heterogênea e multidimensional – um convite, portanto, à singularidade também no plano de cuidados.

Ao lidar com os pequenos eventos ou microestressores da vida cotidiana, contamos com recursos pessoais aos quais se agregam recursos sociais. A importância da solidariedade e da troca de experiências é relevante para o idoso e seu entorno. A qualidade ou a funcionalidade do suporte social é mais importante para a adaptação do idoso do que a quantidade de membros da rede e a frequência dos contatos. E a relação entre suporte social e autocuidado reforça essa visão.

Ressignificando o envelhecer

Considerando a importância da criação de um espaço voltado ao atendimento da pessoa idosa, sugere-se alavancar os centros de convivência da terceira idade com um trabalho orientado pela Política Nacional de Saúde do Idoso – Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006. Esse centro tem como finalidade primordial recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, assim como promover o envelhecimento ativo e saudável, com estímulo à participação e fortalecimento do controle social.

A ressignificação se evidencia na melhora da qualidade de vida da população idosa, qualidade esta que se traduz em independência funcional, manutenção da capacidade funcional, participação, envelhecimento ativo, fortalecimento das habilidades físicas e mentais, autonomia, dignidade, autorrealização, autocuidado, ressignificação, saúde física, mental e espiritual, suporte social, independência financeira, integração, apoio e respeito da família entre outros.

Tudo isso seria conquistado através do trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional, que desenvolve atividades físicas, rodas de conversa, escutas qualificadas, atendimento psicológico, avaliações do desempenho ocupacional, intervenções individuais e grupais, atendimento odontológico, atividades manuais nos horários da manhã e da tarde, ambos com as mesmas atividades, o que proporciona ao idoso uma escolha que vá ao encontro da sua rotina, na intenção de facilitar a participação.

É com o intuito de valorizar e respeitar a velhice, desenvolvendo um atendimento acolhedor e resolutivo para a pessoa idosa, que o centro de convivência vem galgando seu espaço, na certeza de que quem trabalha com a perspectiva de respeito às necessidades da pessoa idosa respeita o próprio futuro.

Possibilidades

Diante da necessidade de construção de múltiplas estratégias de suporte àqueles que necessitam de proteção e cuidados, perguntamo-nos: a quem cabe o cuidado da criança e do idoso? Responder a essa questão supõe traçar paralelos entre ambos.

Na linha do cuidado no ciclo de vida humana, a infância e a velhice guardam proximidades. Crianças pequenas, pessoas com doenças crônicas e pessoas idosas,

todos que têm limitada autonomia e independência, necessitam de cuidados. Equipamentos coletivos, como creches e centros de convivências, podem ampliar as possibilidades de suporte e acompanhamento, as abordagens intergeracionais de cuidado e alargar padrões de integração social. A ampliação das redes de apoio e dos recursos para lidar com limitações enriquece a experiência do viver.

Há muito a família é encarregada do sustento de crianças e idosos. Com o advento das aposentadorias no século XX, a família passou a compartilhar essas responsabilidades com as empresas e o Estado. A construção de redes de cuidado representa um alívio considerável às famílias, aumentando suas chances de fazer face às suas responsabilidades. Contudo, o poder está presente em todas as relações humanas. Como legitimar o outro, evitando uma relação de tutela? Como evitar que o cuidado se efetive como exercício de dominação? É preciso administrar bem o espaço de poder presente em qualquer relação, no sentido de recusar estratégias de dominação. A relação dialógica, o protagonismo dos sujeitos, a negociação e corresponsabilidade fazem toda a diferença.

Discutiremos adiante a questão da qualidade da relação cuidador-idoso e as possibilidades de transformação nas relações de poder. Nos centros de convivência, estudos apontam para o uso de medidas de qualidade de vida a partir da autoavaliação do idoso. A pergunta "Que nota darei ao dia hoje?" aumenta a autoestima, o senso de governabilidade e permite a construção de um plano de cuidados singular e diário.

Tais centros podem proporcionar ao idoso motivo para sair regularmente e oportunidade de contato social. Podem estimular também a formação de uma rede de comunicação em torno do cuidado do idoso, construindo uma relação de confiança entre o idoso, seus familiares e os profissionais da instituição. A existência de espaços coletivos para a troca de informações e experiências, bem como os contatos informais do dia a dia contribuem para aproximar os interlocutores. Na rede de cuidados, o lugar dos diversos atores precisa ser discutido e negociado permanentemente, pois as necessidades e possibilidades do idoso também mudam. Para tanto, os espaços de comunicação, como grupos reflexivos e rodas de conversa, reafirmam a importância da construção coletiva (idosos, cuidadores e profissionais) do cotidiano no espaço. Cabe integrar e formar coordenadores de oficinas a partir de propostas de acompanhamento do envelhecimento humano.

No Berlin Aging Study, extenso estudo interdisciplinar realizado entre 1990 e 1993 com 516 idosos de 70-100 anos, selecionados ao acaso da população da cidade de Berlim, foram analisadas diferentes variáveis, abrangendo Medicina (capacidade funcional, perfil de risco, valores biológicos de referência), Sociologia e Políticas Sociais (história de vida e dinâmica geracional, estrutura e dinâmica da família, situação econômica e seguridade social, recursos sociais e participação social) e Psicologia.

Em centros de convivência, os estudos de coorte podem contribuir para o conhecimento e organização dos cuidados daquele grupo de idosos. Nos Estados Unidos, existem coortes de idosos que envelheceram frequentando centros de convivência. As informações epidemiológicas obtidas permitem o monitoramento da saúde e a antecipação de problemas, a fim de ampliar a vida saudável dos idosos. Nesses centros, múltiplas dimensões do cuidado podem ser observadas – atividades lúdicas e instrumentais.

Programas de promoção da saúde e prevenção de doenças se sucedem no Brasil e no mundo buscando orientar a atenção à saúde do idoso. Tais abordagens suscitam importantes discussões. Acesso à informação, fatores de proteção e de risco, antecipação, triagens, rastreamento, detecção precoce, avaliação geriátrica ampla, avaliações funcionais, social (redes) e emocional (vínculos) constituem campo de Saúde Coletiva.

Instancias Leve e Pesadas de Cuidado

Conforme o detalhamento das ações do projeto, fica absolutamente clara a diferenciação entre as instâncias leves e as pesadas de cuidado. No modelo Caring Senior, o foco é o trabalho nas instâncias leves de cuidado; em outras palavras, o modelo não será o responsável pelo hospital, emergência, médicos especialistas e exames complementares. Ele é dirigido para o cuidado e acompanhamento dos clientes, com o médico e a enfermeira, a equipe de gerontólogos e o centro de convivência. No caso de necessidade de um médico especialista, o médico do cliente orientará o encaminhamento para uma unidade de saúde onde haja os profissionais com um outro perfil – é o que chamamos de instâncias pesadas de cuidado – com o laudo indicando a necessidade de um especialista, e receberá deste especialista todas as informações e procedimentos realizados nessa outra instância. No modelo

proposto, o médico do projeto é o centralizador do cuidado na unidade leve, à semelhança do médico inglês.

Importante frisar que não existe limitação de atendimento. O modelo possui bons médicos generalistas e, nos casos mais complexos, que somente o especialista é capaz de resolver, o cliente é encaminhado para tal especialista. Portanto, não há restrição; a preocupação do projeto é oferecer o atendimento adequado, como forma de inibir o desperdício. O especialista somente deve ser utilizado em algo especial. No caso de uma internação, o médico generalista entrará em contato com o médico do hospital, e a enfermeira ficará em contato com o hospital e com a família, prestando toda a assistência necessária aos familiares do paciente, obtendo todas as informações e facilitando a comunicação com eles. Esse simples procedimento de cuidado agrega valor ao oferecer e facilitar apoio efetivo para o cliente e familiares, pois estes se sentem protegidos e informados de tudo o que está ocorrendo. Apesar de várias ações de saúde não serem realizadas pelo presente projeto, espera-se que mais de 85% dos clientes dessa carteira sejam frequentadores das instâncias leves ofertadas pelo projeto.

Portanto, pretendemos mudar a lógica do modelo vigente de saúde, pois, com esse cuidado intenso, apostamos na diminuição da utilização dos hospitais e/ou na diminuição do tempo de permanência nesta unidade, do uso excessivo do médico especialista e dos exames desnecessários, solicitados por inúmeros médicos especialistas. Ao cuidarmos e acompanharmos os clientes, com profissionais treinados e qualificados, conseguimos manter a imensa maioria dos clientes nos serviços leves; assim, apenas alguns, e pelo menor tempo possível, fariam utilização das instâncias pesadas.

A coordenação de cuidados

No Brasil, quer no setor público ou no privado, o modelo praticado é ineficiente, ultrapassado e caro, não englobando alguns dos itens inovadores e contemporâneos que apresentamos em nossa proposta neste documento. A principal causa de mortalidade e morbidade são doenças não-transmissíveis, como diabetes, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, moléstias cardiovasculares e crônico-degenerativas, as quais normalmente têm desenvolvimento lento, duram períodos extensos e apresentam efeitos de longo prazo e difíceis de prever. À semelhança de

países de renda elevada, no Brasil de hoje as condições crônicas são responsáveis pela maior carga de doenças, e os transtornos neuropsiquiátricos detêm a maior parcela de contribuição. A maioria dessas enfermidades não tem cura, mas várias podem ser prevenidas ou controladas por meio de detecção precoce, adoção de dieta e hábitos saudáveis, prática de exercícios e acesso a tratamento adequado e oportuno.

Hoje em dia, a porta de entrada do sistema de saúde é a emergência do hospital, historicamente visto como local privilegiado da cura. Entretanto, a instituição hospitalar não é um ambiente seguro para uma pessoa envelhecida. O risco de infecção e perda da capacidade funcional é alto, do mesmo modo que as reminiscências durante o período de internação podem levar a transtornos distímicos ou colaborar para quadros depressivos. A internação de pessoas idosas deve ocorrer apenas no momento de agudização da doença crônica e pelo menor tempo possível, ou em casos de urgência. É necessário ampliar a gestão da informação, valorizar o conhecimento científico e reduzir o poder absoluto das máquinas. Precisamos mudar a lógica assistencial.

Por esse motivo, os gestores deveriam buscar intervenções capazes de diminuir o uso das instâncias avançadas de cuidado (entre elas as internações) e ampliar a oferta de cuidados em instâncias mais leves (qualificando as unidades básicas de saúde, localizadas perto da residência ou do local de trabalho do cidadão), sempre que possível em caráter preventivo e fora do ambiente hospitalar.

Na atualidade, o modelo de saúde não oferece os serviços e pilares dessa necessária mudança:

- (1) Informação em saúde compartilhada com o usuário;
- (2) Gestão e centralização da organização do cuidado;
- (3) Uso de medidas e critérios de avaliação da funcionalidade;
- (4) Mecanismos de referência e contrarreferência;
- (5) Fidelização do usuário;
- (6) Adesão à proposta de cuidado;
- (7) Cuidado multiprofissional com equipe capacitada.

A discussão sobre o envelhecimento populacional leva (ou deveria levar) ao desenvolvimento de um modelo contemporâneo, resolutivo e eficaz de atenção à saúde do idoso, que reúna um fluxo de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos.

Pensar à frente

Envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais uma exceção do que a regra. O mundo mudou após a pandemia de covid-19, e essa mudança afetou mais ainda os idosos. Na atual crise mundial da saúde, aprendemos a importância do conhecimento, da ciência e de novas estratégias para lidar com uma doença até então desconhecida. Ficou absolutamente clara a importância do cuidado, da promoção e da prevenção na saúde, além da tecnologia para uso nas consultas, no monitoramento, nas informações e, em suma, na “coordenação dos novos cuidados”.

O objetivo principal deste trabalho é desenhar modelos de cuidado mais efetivos e cenários adequados às características da população idosa. Pensar o cuidado assistencial em um horizonte de 20 anos é de grande importância, pois a única certeza que temos é de que esse cuidado terá de ser diferente do praticado hoje.

O diagnóstico mais precoce possível de problemas de saúde amplia a chance de manter as pessoas longevas em seus lares, não em hospitais. A história, o exame físico e o diagnóstico diferencial tradicionais não são suficientes para um levantamento extenso das diversas funções necessárias à vida do indivíduo idoso.

Um recordatório e o que não pode faltar

Precisamos construir algo inovador e de qualidade, pois o modelo atual, já defasado, somente ampliará o mau atendimento e a crise da saúde – particularmente para o idoso, que é o grupo etário de maior demanda e custo. A proposta que apresentamos aqui foi desenvolvida na UnATI/UERJ⁽¹⁰⁾, que foi criada há 28 anos e é reconhecida nacionalmente como um dos mais importantes programas de saúde

¹⁰ A Universidade Aberta da Terceira Idade da UERJ (UnATI/UERJ) é um centro de estudos, ensino, debates, pesquisas e assistência voltado para questões inerentes ao envelhecimento e, por meio da formação de recursos humanos em geriatria e gerontologia, vem contribuindo para a transformação do pensar da sociedade brasileira sobre os seus idosos.

voltados para adultos maduros e idosos. É uma iniciativa que também ganhou prêmios internacionais e conta com o aval da Organização Mundial de Saúde. Trata-se de um modelo de cuidado e apoio social para a população idosa que assegura um fluxo bem desenhado de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias e reabilitação de agravos.

Modelo semelhante é praticado no Reino Unido desde 1948, e há mais de 70 anos os gestores reconhecem sua eficácia: é um sistema que apresenta resultados melhores a um custo mais baixo. Não faz sentido continuarmos a praticar um modelo defasado, fragmentado, de qualidade inferior e muito mais caro quando há décadas sabemos que existe uma alternativa testada e vitoriosa.

A partir desse conceito, criamos este produto, com foco em qualidade de vida, promoção e prevenção em saúde. Atualmente, a longevidade do brasileiro é muito maior do que no passado. O que desejamos é que esses anos a mais sejam bem vividos. Propomos a criação de várias unidades do Caring Senior; a ideia é utilizar a mesma tecnologia em todas as unidades, visando ampliar a qualidade de vida do grupo etário acima dos 50 anos. Seria uma espécie de clube: o clube da longevidade.

Para isso, teremos uma estrutura com profissionais de várias especializações, basicamente da área social e da área da saúde. Desejamos que a equipe de cada unidade tenha uma sólida formação em Medicina de Família e Comunidade. E contaremos com o apoio de profissionais qualificados para o acompanhamento e treinamento dessas equipes.

A rotina é simples: logo na chegada, uma avaliação funcional determinará a estratificação e a alocação corretas dos clientes em sua linha de cuidado. O médico faz a gestão clínica, e o enfermeiro coordena os cuidados, monitorando as condições de saúde dos usuários e consolidando o papel de referência através do acolhimento e do fortalecimento de vínculo.

Além desses profissionais, uma equipe interdisciplinar faz um acompanhamento do cliente voltado tanto para sua reabilitação como para a prevenção de riscos e doenças. Essa equipe é composta por outros gerontólogos, como o fisioterapeuta, o psicólogo, o assistente social, o fonoaudiólogo, o educador físico e o nutricionista. Estudos atuais reforçam a necessidade de um olhar mais amplo

para o cuidado do idoso, trazendo as atividades de convivência e sociais como parte integrante do cuidado para a manutenção da capacidade funcional.

Por essa razão, papel igualmente importante será desempenhado no centro de convivência pelos oficinairos, profissionais que desenvolvem atividades dinâmicas e integrativas vinculadas ao programa, o que contribui para a fidelização dos clientes, além de criar um ambiente de participação, socialização, educação e prevenção em saúde.

Todo o esforço será feito para que o médico tenha capacidade de atender plenamente a maior parte das demandas. Para isso, além de uma formação qualificada, sugerimos que ele conte com um sistema de segunda opinião, que funciona – quando necessário – como um apoio para tentar resolver algumas dúvidas sobre o melhor procedimento de saúde a ser adotado. Desejamos que o médico do cliente tenha uma alta resolutividade, ao invés de ficar referenciando o seu cliente para os médicos especialistas. Uma parcela pequena pode requerer um médico especializado, mas essa situação deve ser uma exceção e não como se dá nos dias atuais, em que o encaminhamento para o médico especialista é a regra.

Um prontuário eletrônico único, de bom padrão, fundamenta a organização das informações de saúde dos usuários, permitindo o desenvolvimento de estratégias de ações individuais e coletivas com o foco na prevenção e no monitoramento. Esse modelo tem a lógica da coordenação de cuidados.

O projeto prevê ainda um sistema de informação de qualidade superior e de tecnologia leve para auxiliar no monitoramento e na fidelização do cliente a essa nova lógica assistencial. O contato telefônico ou via aplicativo entre pacientes e profissionais deve ser realizado com total compartilhamento da informação com a equipe, em benefício de uma avaliação integral do indivíduo. Outro importante diferencial é a disponibilização de um aplicativo para celular com informativos individualizados, com muitas informações; dicas e lembretes de consultas, medicamentos, exames e demais ações prescritas são encaminhadas para o celular do cliente e, se necessário, para alguém da família. Há o GerontoLine, com profissionais de saúde qualificado, com acesso à informação e contato com o médico do paciente, que trabalha 24 horas por dia, nos sete dias da semana. Todas as vezes que forem identificadas necessidades de atendimento dos usuários em outros níveis

de atenção, os encaminhamentos serão direcionados para outras unidades assistenciais, com uma avaliação prévia já realizada.

A modelagem de um modelo assistencial para o idoso deve discutir e detalhar um conjunto de tópicos e de ações que aqui é fundamentado, conforme o resumo abaixo:

- a. O médico deverá ter formação de qualidade em Medicina de Família e Saúde Coletiva, ficando responsável por uma carteira fixa de clientes;
- b. Nas unidades de saúde, um espaço importante é o centro de convivência, que desempenha papel fundamental para sua caracterização como local de integração de várias ações educacionais, de promoção e prevenção;
- c. A avaliação funcional definirá a estratificação e a alocação corretas do paciente idoso em sua linha de cuidado (há uma série de instrumentos de avaliação para rastreamento de risco);
- d. O médico faz a gestão clínica, e um enfermeiro coordena os cuidados, monitorando as condições de saúde dos usuários e consolidando o papel de referência por meio de acolhimento e fortalecimento de vínculo;
- e. Além do médico generalista, com qualificação em geriatria, e do enfermeiro, a equipe é composta por alguns gerontólogos (como fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo e nutricionista) e pelos oficineiros (profissionais que desenvolvem atividades dinâmicas integrativas no centro de convivência, vinculadas ao programa);
- f. As atividades desenvolvidas no centro de convivência vão ajudar na fidelização dos clientes, além de criar um ambiente de participação e de educação em saúde;
- g. Somente depois de esgotada a possibilidade de resolução pelo médico generalista (e exclusivamente por iniciativa dele) é que serão feitos encaminhamentos para especialistas;
- h. Também pode-se usar um sistema de segunda opinião, que funciona como uma ajuda ao médico para tentar resolver alguns problemas de saúde, evitando a ida precoce a um especialista;
- i. A definição do número de consultas anuais por parte do médico varia de acordo com o risco do cliente e com necessidades específicas. O

importante é frisar que, além do médico, tem-se a enfermeira, que faz consultas de acompanhamento, os gerontólogos (psicologia, nutrição, fisioterapia, e educador físico), além das atividades do centro de convivência. O cliente e seu familiar terão um número expressivo de consultas ao longo do ano;

j. Em caso de internação, médico e enfermeiro terão a preocupação de entrar em contato com o médico do hospital, visando ter conhecimento do caso, fazendo um acompanhamento diário e, preferencialmente, atuando para garantir o melhor atendimento e o menor tempo de internação;

k. O importante é garantir que, mesmo sendo atendido em uma outra instância de cuidado (hospital), o idoso terá sempre a referência do seu médico (sua referência de cuidado);

l. Faz-se utilização de instrumental epidemiológico, visando estabelecer o risco identificado após a avaliação, podendo ser classificado como robusto, em risco de fragilidade ou frágil;

m. O atendimento remoto 24 horas nos 7 dias da semana é realizado através de gerontólogos qualificados, que têm acesso ao prontuário do cliente. Esse serviço é denominado de GerontoLine, um diferencial do modelo;

n. O prontuário eletrônico único fundamenta a organização das informações de saúde dos usuários, permitindo o desenvolvimento de estratégias de ações individuais e coletivas com foco na prevenção;

o. É preciso fazer uso de tecnologia leve para auxiliar no monitoramento; sem isso, o projeto é inviável;

p. Outro importante diferencial é a disponibilização de um aplicativo para celular com informativos individualizados e lembretes de consultas e ações prescritas.

Esses tópicos acima representam uma síntese do modelo Caring Senior, que não é médico-centrado, ou seja, não tem apenas as consultas com os médicos, e estas consultas são definidas pela necessidade avaliada através do instrumental epidemiológico, pelo seu risco. Além das consultas médicas, há as consultas com a enfermeira, que faz dupla com o médico e que, juntos, são responsáveis por 800 clientes, trabalhando apenas nas instancias leves, mas consistindo na referência do cliente e de sua família. O hospital e especialistas devem ser vistos com uma exceção. Não somos contrários aos médicos especialistas nem contra o hospital, apenas

achamos que há um excesso de atuação desses segmentos, que não propicia fidelização, que amplia os custos e não traz nenhum benefício para a saúde do nosso cliente. Continuando, além das consultas da dupla médico-enfermeira, há os gerontólogos da equipe, que recebem os clientes através do encaminhamento da dupla citada. Os familiares dos clientes também são contatados para oferecer novas informações e para saberem que o acompanhamento é global, não apenas das doenças, mas também de aspectos sociais e comportamentais; deste modo o suporte e apoio da família é fundamental. Todas as ações são registradas em um prontuário eletrônico de qualidade, desenvolvido para essa modalidade de atendimento. Esses registros detalhados são de suma importância para os profissionais da equipe, e particularmente para o GerontoLine, que trabalha de forma remota, 7 dias na semana, 24 horas por dia. Os atendentes do GerontoLine são profissionais de saúde treinados e qualificados, e, para que eles possam ter ações resolutivas, se torna necessário que as informações do prontuário sejam de qualidade. Ao receber uma ligação ou uma mensagem por aplicativo, esses profissionais têm acesso ao prontuário e são competentes para fazer a abordagem mais adequada. Também fazem parte da equipe os profissionais que desenvolvem as oficinas, onde assuntos variados são abordados ou atividades lúdicas são desenvolvidas. Em síntese, o cliente e seu familiar terão uma equipe com vários profissionais qualificados, pois o sucesso da “coordenação de cuidados” se dá através do monitoramento amigável, do conhecimento do cliente e de sua família, visando a melhor ação e apoio à sua saúde integral.

Esses são os elementos a serem desenvolvidos e que fazem a diferença. Na verdade, não apresentamos aqui, propriamente, alguma grande novidade. Modelo assistencial semelhante é praticado no Reino Unido desde 1948, e muitos gestores sabem que é mais eficiente e resolutivo, além de ter um custo inferior. Na atualidade, o manejo clínico das doenças mais prevalentes no idoso é visto de uma maneira médico-centrada. Somos a favor da boa medicina, mas sabemos que outras áreas do conhecimento precisam ser incluídas e devem interagir no processo do cuidado integral da saúde.

O intuito maior deste trabalho é sugerir uma reflexão:

1. Por que todos são a favor de modelos com foco na promoção e na prevenção da saúde, mas poucos transformam o discurso em prática?

2. Por que continuar praticando um modelo defasado e fragmentado, muito mais caro e de qualidade inferior, quando há décadas sabemos que existe uma alternativa testada e vitoriosa?

3. Informação, tecnologia, inovação, qualidade assistencial, bonificação e pagamento por desempenho, equipe de gerontólogos com pós-graduação! Esse conjunto faz a diferença e reduz custo!

Vamos pensar sobre isso?

O lugar do cuidado

O grupo de idosos está crescendo e envelhecendo, os *baby-boomers* estão chegando à terceira idade. Cada vez se vive mais, e cresce também toda a tecnologia de cuidado dessa fase que pode durar 40 anos. É necessário multiplicar e valorizar os espaços de convivência. As soluções são individuais, singulares, mas também coletivas.

Por muito tempo, a instituição "creche" suscitou certa estranheza, por ser associada ao orfanato, local onde crianças eram abandonadas. Instituições que cuidem do idoso durante algumas horas do dia, como o centro de convivência, podem guardar também parentesco indesejável com os asilos, atualmente denominados "instituições de longa permanência" e, algumas vezes, locais de abandono de velhos. Hoje há consenso em torno da importância da socialização de crianças pequenas. De modo semelhante, evidencia-se o importante papel dos centros de convivência para romper o isolamento social do idoso. Idosos tendem a reduzir seus contatos sociais e seus vínculos. Sua frequência de ida à instituição oferece também ritmo, rotina, organizando um pouco sua vida cotidiana. As redes de sociabilidade do idoso podem acontecer em múltiplos espaços: nas praças, praias, clubes, nas atividades religiosas ou em equipamentos coletivos, como os centros de convivência.

As instituições que recebem o idoso, temporariamente ou em longa permanência, podem se relacionar em rede, constituindo espaços de convivências. Ao acolher familiares e idosos externos para atividades junto aos idosos residentes, propicia-se o convívio e a funcionalidade da rede de apoio. Exemplo disso é uma experiência alemã que promove o funcionamento, no mesmo edifício, de centro de convivência com atividades diárias para idosos, serviço de saúde (ambulatórios e centro-dia), assistência para permanecer no domicílio e instituição de longa

permanência. Prevenir incapacidade e recuperar autonomia com os programas de reabilitação, a presença de tudo isso ou de algumas combinações dessas formas de cuidados no mesmo edifício amplia o rol de possibilidades de atividades para idosos. O quase velho, o jovem velho ou o muito velho experimentam situações aproximadas, que muitas vezes antecipam diferentes estágios de limitações da sua funcionalidade. Multiplicam-se também os recursos, as soluções, mesmo porque a autonomia, a independência nessa fase muda.

Os "centros de cuidados" poderiam aglutinar cuidados destinados a crianças, pessoas com alguma deficiência temporária ou permanente e idosos, com ou sem autonomia e independência. A creche, ao receber o idoso para atividades junto às crianças, proporciona a convivência e permite construir laços afetivos entre as gerações. A transmissão de valores, as histórias de vida contadas em fotos, receitas de comidas ou canções, a comensalidade, por exemplo, valoriza o idoso, conferindo-lhe um espaço de importância e trazendo motivação. O cultivo dos vínculos, da capacidade de prestar atenção uns aos outros, é consequência natural dessa prática.

CONCLUSÃO

Nos últimos anos eu tenho me dedicado ao estudo do cuidado integral do idoso e ao aperfeiçoamento dos modelos assistenciais. Na condição de diretor da UnATI/UERJ e editor da "Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia" (RBGG), mais do que uma opinião, a tendência que percebo é o desejo, e também a necessidade de consolidar a estruturação dos modelos assistenciais para o idoso. Na maioria das vezes, recebo comentários elogiosos, mas quase sempre vem um comentário secundário – "o que você escreve é tão óbvio que talvez por isso seja tão difícil efetivar essas ideias". Tendo a concordar com esta apreciação, e, por entender que as mudanças, a cada ano que passa, são cada vez mais necessárias, estou novamente apresentando esta reflexão para o público acadêmico e formador de opinião do setor saúde, pois ainda precisamos de mais uma dose do remédio, que, espero, leve à cura do nosso modelo assistencial.

Sabemos que quanto mais o profissional de saúde conhece o histórico do seu paciente, melhores serão os resultados. Esse histórico, com o avanço tecnológico, deve ser mais bem utilizado – informação que é de fundamental importância para o monitoramento do cliente. Um jeito diferente e inovador de cuidar da saúde e

proporcionar qualidade de vida aos usuários, seja no Sistema Único de Saúde ou no setor privado, envolve a utilização de pessoal qualificado e bem-preparado. É assim que devem funcionar os modelos contemporâneos e resolutivos de cuidado – que, aliás, são recomendados pelos mais importantes organismos nacionais e internacionais de saúde.

O envelhecimento da população gera novas demandas para os sistemas de saúde. Pessoas mais velhas têm necessidades específicas, advindas das características clínico-funcionais e sociofamiliares peculiares a esse grupo etário. Os problemas de saúde dos idosos – maiores vítimas dos efeitos de sua própria fragilidade – desafiam os modelos tradicionais de cuidado.

Os avanços da tecnologia, da ciência e da medicina oferecem àqueles que utilizam as modernas ferramentas para a manutenção da saúde a chance de desfrutar a vida por um tempo maior. Assim, as estratégias de prevenção, ao longo de todo o curso da vida, se tornam mais importantes para resolver os desafios de hoje e, de forma progressiva, os de amanhã.

As transformações sociais e econômicas das últimas décadas, suas consequentes alterações nos estilos de vida das sociedades contemporâneas – mudança dos hábitos alimentares, aumento do sedentarismo e do estresse – e a crescente expectativa de vida da população colaboraram para a maior incidência das enfermidades crônicas, que hoje constituem um sério problema de saúde pública. Doenças cardiovasculares e respiratórias, câncer e diabetes são as maiores responsáveis pela mortalidade no mundo. No Brasil, nas últimas décadas, as doenças crônicas não transmissíveis tornaram-se as principais causas de óbito e incapacidade prematura. Não é possível atender a esse público de forma satisfatória ignorando que essa parcela da sociedade necessita de uma assistência diferenciada. Por isso é imperativo repensar o modelo atual.

A prestação de serviços de saúde atualmente fragmenta a atenção ao idoso, com multiplicação de consultas de especialistas, inúmeros fármacos, exames e outros procedimentos. Ela sobrecarrega o sistema, provoca forte impacto financeiro em todos os níveis e não gera benefícios significativos para a qualidade de vida.

Quando observamos o orçamento da Saúde, de maneira geral, verificamos que quase a totalidade dos recursos é aplicada nos hospitais e nas aparelhagens para os

exames complementares. A sociedade e os profissionais de saúde seguem, em regra, uma lógica “hospitalocêntrica” – entendem apenas de tratar da doença, não de evitar seu surgimento. O hospital é visto como o local privilegiado da cura, o que é um erro conceitual. A instituição hospitalar não pode ser a porta de entrada do sistema.

Sabemos que o idoso tem muitas doenças e, naturalmente, utiliza muito os serviços de saúde. Então devemos oferecer um cuidado em instâncias mais leves, sempre que possível em caráter preventivo, fora do ambiente hospitalar. Envelhecer, ainda que sem doenças crônicas, envolve alguma perda funcional, que é expressa por diminuição de vigor, força, prontidão, velocidade de reação sistêmica e eficiência metabólica.

Nossa proposta é que o modelo de atenção ao idoso tenha como foco a identificação de riscos potenciais. Ao monitorarmos a saúde em vez da doença, direcionamos o investimento dos recursos do sistema de saúde para uma intervenção precoce, o que resulta em chances mais generosas de reabilitação e em redução do impacto na funcionalidade.

Como consequência de uma população mais envelhecida, a promoção e a educação em saúde, a prevenção e o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia são ações que precisam ser ampliadas. Afinal, não basta o aumento da longevidade; é essencial que os anos adicionais sejam vividos com qualidade, dignidade e bem-estar.

Leituras recomendadas sobre o presente artigo

1. Veras RP, Estevam AA. Modelo de atenção à saúde do idoso: a ênfase sobre o primeiro nível de atenção. In: Lozer1 AC, Leles FAG, Coelho KSC, organizadores. Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar. Brasília, DF: OPAS; 2015. p. 73-84.
2. KALACHE, Alexandre ; VERAS, RP ; RAMOS, Luiz Roberto . O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health **JCR**, São Paulo, v. 21, n.3, p. 200-210, 1987.
3. RAMOS, Luiz Roberto ; VERAS, RP ; KALACHE, Alexandre . Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health **JCR**, São Paulo, v. 21, n.3, p. 211-224, 1987.
4. VERAS, RP; RAMOS, Luiz Roberto ; KALACHE, Alexandre . Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health **JCR**, São Paulo, v. 21, n.3, p. 225-233, 1987.
5. Wilson José Alves Pedro, Reflexões sobre a promoção do Envelhecimento Ativo, v. 16 n. 3 (2013) , DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2013v16i3p9-32>
6. Manuel António, Envelhecimento ativo e a indústria da perfeição, Dossiê, Saúde soc. 29 (1), 2020, <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190967>
7. DE SÃO JOSÉ, JOSÉ, and ANA RITA TEIXEIRA. "Envelhecimento Ativo: Contributo Para Uma Discussão Crítica." *Análise Social* 49, no. 210 (2014): 28–54. <http://www.jstor.org/stable/23722984>.
8. Alves, José Eustáquio. Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo. *Revista Longeviver*, v. 1, p. 5-9, 2019.
9. Moraes EM, Reis AMM, Lanna FM, Moraes FL. Manual de Terapêutica Segura no Idoso. Vol. 1. Belo Horizonte: Folium; 2019.
10. Szwarcwald CL, Damacena GN, de Souza Júnior PRB, Almeida WS, Malta DC. Percepção da população brasileira sobre a assistência prestada pelo médico. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016;21(2):339-50.
11. Moraes EM, Reis AMM, Lanna FM, Moraes FL. Manual de Terapêutica Segura no Idoso. Vol. 1. Belo Horizonte: Folium; 2019.
12. Schmidt MI. 2011. Saúde no Brasil 4. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet* 6736, no. 11: 60135-9.
13. World Health Organization (WHO). 2014. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva, 2011.
14. Carvalho VKS, Marques CP, Silva EN. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016;21(9):2773-84.
15. World Health Organization (WHO). 2015 Ageing. World Report on Ageing and Health. Geneva, 2015.
16. Veras RP, Oliveira MR. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2016;19(6):887-905.

17. Measuring PGC-1 α and Its Acetylation Status in Mouse Primary Myotubes. Amorim JA, Sinclair DA. *Methods Mol Biol.* 2021;2310:301-309. doi: 10.1007/978-1-0716-1433-4_17.PMID:34096010
18. Age and life expectancy clocks based on machine learning analysis of mouse frailty. Schultz MB, Kane AE, Mitchell SJ, MacArthur MR, Warner E, Vogel DS, Mitchell JR, Howlett SE, Bonkowski MS, Sinclair DA. *Nat Commun.* 2020 Sep 15;11(1):4618. doi: 10.1038/s41467-020-18446-0. PMID:32934233.
19. A senescent cell bystander effect: senescence-induced senescence. Glyn Nelson, James Wordsworth, Chunfang Wang, Diana Jurk, Conor Lawless, Carmen Martin-Ruiz, Thomas von Zglinicki, 09 February 2012. <https://doi.org/10.1111/j.1474-9726.2012.00795.x>
20. R C Allsopp, H Vaziri, C Patterson, S Goldstein, E V Younglai, A B Futcher, C W Greider, C B Harley, Telomere length predicts replicative capacity of human fibroblasts. *Proceedings of the National Academy of Sciences* Nov 1992, 89 (21) 10114-10118; DOI: 10.1073/pnas.89.21.10114
21. Veras RP. A contemporary care model for older adults should seek coordinated care, grater quality and the reduction of costs. *Int. J. Fam. Community Med.* 2019;3:210-4.
22. Lima KC, Caldas CP, Veras RP, Correa RF. "Health Promotion and Education: a Study of the Effectiveness of Programs Focusing on the Aging Process". *Int. J. Health Serv.* 2017; 47(3):550-70.
23. Moraes EN. *Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia.* Belo Horizonte: Coopmed; 2009.
24. Veras RP. New model of health care improve quality and reduce costs. *MOJ Gerontol. Geriatr.* 2019;4(4):119-22.
25. Caldas CP, Veras RP, da Motta LB, Guerra ACLC, Trocado CVM. Atendimento de emergência e suas interfaces: o cuidado de curta duração a idosos. *J. Bras. Econ. Saúde.* 2015;7(1):62-9.
26. Veras RP. O modelo assistencial contemporâneo e inovador para os idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2020;23(1):e200061.
27. Veras RP. Caring Senior: um modelo brasileiro de saúde com ênfase nas instâncias leves de cuidado. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2018;21(3):1-7.
28. Veras RP. Coordination of care: a contemporary care model for the older age group. *MOJ Gerontol. Geriatr.* 2020;5(2):50-3.
29. Veras RP, Caldas CP, da Motta LB, de Lima KC, Siqueira RC, Rodrigues RTSV, et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Rev. Saúde Pública.* 2014;48(2):357-65.
30. Oliveira MR; Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor.* Rio de Janeiro: ANS; 2016.
31. Saenger ALF, Caldas CP, Motta LB. Adaptação transcultural para o Brasil do instrumento PRISMA-7: avaliação das equivalências conceitual, de item e semântica. *Cad. Saúde Pública.* 2016; 32(9):1-7.

32. Tanaka OU, Oliveira VE. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Saúde Soc.* 2007;16(1):7-17.
33. Oliveira MR, Mambrini JVM, Peixoto SV, Malta DC, Lima-Costa MF. A mudança de modelo assistencial de cuidado ao idoso na Saúde Suplementar: identificação de seus postos-chave e obstáculos para implementação. *Physis.* 2016;26(4):1383-94.
34. Porter ME. A strategy for health care reform: toward a value-based system. *N. Engl. J. Med.* 2009;361:109-12.
35. Porter ME, Teisberg EO. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Artmed; 2009.
36. Geyman JP. Disease management: panacea, another false hope, or something in between. *Ann. Fam. Med.* 2007;5(3):257-60.
37. Caldas CP, Veras RP, Motta LB, Siqueira RC, Correa RF, Carlos MJ, et al. Models of Approach to Outpatient Older Persons Care. *Sci. J. Public Health.* 2014;2(5):447-53.
38. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018;23(6):1929-36.
39. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília, DF: OPAS; 2012.
40. de Lima KC, Veras RP, Caldas CP, Motta LB, Bonfada D, Santos MM, et al. Effectiveness of intervention programs in primary care for the robust elderly. *Salud Pública México.* 2015;57(3):265-74
41. de Moraes EM, de Moraes FI. Avaliação Multidimensional do Idoso. Belo Horizonte: Folium; 2014.
42. Lawton MP, Brody EM. Assessment of people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969;9(3):179-86.
43. Veras PR, Gomes JAC, Macedo ST. A coordenação de cuidados amplia a qualidade assistencial e reduz custos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2019;22(2):e1900073.
44. Lourenço RA, Veras RP. Miniexame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev. Saúde Pública.* 2006;40:712-19.
45. Costa ALFA, Santos VR. Da visão à cidadania: tipos de tabelas de avaliação funcional da leitura na educação especial. *Rev. Bras. Oftalmol.* 2018;77(5):296-302.
46. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental State". A practical Method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiat Res.* 1975; 12:189-98.
47. Lima-Costa MF, Veras RP. Saúde pública e envelhecimento [Editorial]. *Cad. Saúde Pública.* 2003;19(3):700-1.
48. Nunes BP, Soares MU, Wachs LS, Volz PM, Saes MO, Duro SMS, et al. Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. *Rev. Saúde Pública.* 2017;51:1-10.

49. Turner G, Clegg A. Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners, report. *Age Ageing*. 2014;43:744-7.
50. Veras RP. The Current Challenges of Health Care for the Elderly. *J. Gerontol. Geriatr. Res.* 2015;4(3):e1000223.
51. Machado RSP, Coelho MASC, Veras RP. Validity of the portuguese version of the mini nutritional assessment in brazilian elderly. *BMC Geriatrics*. 2015;15: 1-10.
52. Veras RP. An Innovative Healthcare Model for the Elderly in Brazil: Care Coordination Extends Care Quality and Reduces Costs. *Int. J. Intern. Med. Geriatr.* 2019;1(2):33-42.
53. Oliveira M, Cordeiro H, Veras RP. O modelo de remuneração definindo a forma de cuidar: por que premiar a ineficiência no cuidado ao idoso? *J. Bras. Econ. Saúde*. 2018;10:198-202.
54. Abicalaffe CL. Pay For Performance Program for Brazilian Private Health Plan. How to Implement and Measure. *Payment Man.* 13th International Congress; 2008; Toronto, Canada. Canada: ISPOR; 2008. (Value in Health; vol. 11, no. 3.
55. Lachs MS, Feinstein AR, Cooney Jr LM, Drickamer MA, Morottoli RA, Pannill FC, et al. A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. *Ann. Intern. Med.* 1990;112:699-706.
56. Katz S, Ford A, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963; 12:914-9.
57. Oliveira MR, Veras RP, Cordeiro HA. O modelo de remuneração definindo a forma de cuidar. *J. Bras. Econ. Saúde*. 2018;10(2):198-202.
58. Veras RP, Gomes LAC, Macedo ST. A coordenação de cuidados amplia a qualidade assistencial e reduz custos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2019;22(2):e1900073.
54. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J. Gerontol. Ser A. Biol. Sci. Med. Sci.* 2001;56(6):366-77.
59. Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1986;34:119-26.
60. Veras PR, Gomes JAC, Macedo ST. A coordenação de cuidados amplia a qualidade assistencial e reduz custos. *Rev. Bras Geriatr Gerontol.* 2019;22(2):e1900073.
61. Caldas CP, Veras RP, Motta LB, Siqueira RC, Correa RF, Carlos MJ, et al. Models of Approach to Outpatient Older Persons Care. *Sci. J. Public Health.* 2014;2(5):447-53.
62. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J. Psychiatr. Res.* 1983;17(1):37-

63. Veras PR, Gomes JAC, Macedo ST. A coordenação de cuidados amplia a qualidade assistencial e reduz custos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2019;22(2):e1900073.
64. Veras R. Bem Cuidado: um modelo integrado com ênfase nas instâncias leves de cuidado. Rio de Janeiro: ANS; 2018.
65. Veras RP, Caldas CP, Da Motta LB, De Lima KC, Siqueira RC, Rodrigues RTSV, et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Rev. Saúde Pública.* 2014;48(2):357-65.
66. Veras RP; Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc Saúde Colet.* 2018;23(6):1929-36.
67. Maria Martha Duque de Moura, Renato Peixoto Veras, *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 27 [1]: 19-39, 2017.
68. Cachioni, M. (1999). Universidades da Terceira Idade: Das origens à experiência brasileira. In: Neri, A. L. e Debert, G. G. (orgs.) *Velhice e Sociedade*. Papirus: Campinas, p. 141-178.
69. Veras RP, Caldas CP, Cordeiro HA. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. *Physis.* 2013;23(4):1189-1213.
70. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: OPAS; 2011.
71. Oliveira MR, Veras RP, Cordeiro HA. Supplementary Health and aging after 19 years of regulation: where are we now? *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2017;20(5):624-33.
72. Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012;17(1):231-8.
73. de Lima KC, Veras RP, Caldas CP, Motta LB, Bonfada D, Santos MM, et al. Effectiveness of intervention programs in primary care for the robust elderly. *Salud Pública México.* 2015;57(3):265-74
74. Moraes EM, Reis AMM, Lanna FM, Moraes FL. Manual de Terapêutica Segura no Idoso. Vol. 1. Belo Horizonte: Folium; 2019.
75. Veras, Renato Peixoto, Galdino, Ana Lúcia. *Caring Senior Modelo Assistencial Contemporâneo: Coordenação de cuidado, ampliação da qualidade e redução de custos*. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2021, 86 p:il. ISBN 978-65-88481-01-1
76. Silva AMM, Mambrini JVM, Peixoto SV, Malta DC, Lima-Costa MF. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. *Rev. Saúde Pública.* 2017;51(supl.):1-10.
77. Veras RP, Caldas CP, Cordeiro HA. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. *Physis.* 2013;23(4):1189-1213.
78. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: OPAS; 2011.
79. Oliveira MR, Veras RP, Cordeiro HA. Supplementary Health and aging after 19 years of regulation: where are we now? *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2017;20(5):624-33.

80. de Oliveira MR, Veras RP, Cordeiro HA. A importância da porta de entrada no sistema: o modelo integral de cuidado para o idoso. *Physis*. 2018;28(4): e280411.

81. Ramos, Luiz Roberto et al. Perguntas mínimas para rastrear dependência em atividades da vida diária em idosos. *Rev. Saúde Pública*, Jun 2013, vol.47, no.3, p.506-513. ISSN 0034-8910

82. Veras, Renato. Garantir a saúde e o bem-estar dos idosos: desafios de hoje e amanhã. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Set 2015, vol.18, no.3, p.473-474. ISSN 1809-9823