

GESTÃO COMPARTILHADA DE SAÚDE DO IDOSO COMUNITÁRIO: UMA PROPOSTA DE CUIDADO

Health Management of the Community Elderly: A Care Proposal

LEON, E. B. 1,2*; SANTOS, M. M. S. 2; BRITO, E. 3

1 Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Ciências do Movimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, Amazonas, Brasil.

2 Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade, Manaus, Amazonas, Brasil. Faculdade de Educação Física e Fisioterapia (FEFF), Universidade Federal do Amazonas, Manaus, Amazonas, Brasil.

3 Associação de Sustentabilidade, Empreendedorismo e Gestão em Saúde do Amazonas (SEGEAM), Manaus, Amazonas, Brasil.

*Autor correspondente – Elisa Brosina de Leon – E-mail: elisadleon@ufam.edu.br

DOI: <https://doi.org/10.53817/1983-6929-ragg-v14n1-1>

RESUMO

Introdução: A mudança do perfil dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) tem impactos significativos na saúde, trazendo novas formas de atuação, principalmente em decorrência do aumento da incidência das doenças crônicas não transmissíveis. Para atender a estas transformações, há necessidade de avaliação continuada dos processos e políticas de saúde. Apesar do crescente movimento nos últimos anos de discussão sobre inovação e integração de cuidados em saúde, o SUS ainda carece de um modelo de cuidados primários aos idosos. A inexistência de um modelo de cuidados desenvolvido e culturalmente adaptado para as necessidades da população idosa impossibilita a construção e o acompanhamento de planos de cuidados individualizados e efetivos às suas demandas. **Objetivo:** Apresentar uma proposta de cuidado em saúde de idosos em uma Policlínica Gerontológica da Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade. **Metodologia:** Os diferenciais dessa proposta são: a construção de um plano de cuidado multidisciplinar baseado na identificação de necessidades individuais, a inclusão da figura do coordenador do cuidado, a necessidade de pactuação paciente e familiar para o cuidado integral, a estratégia de ativação do paciente mediante o uso de entrevista motivacional e a integração da proposta de cuidado inserida em uma Universidade Aberta da Terceira Idade. **Resultados e Conclusão:** Para a operacionalização dessa proposta, é fundamental a adesão dos profissionais para as novas estratégias, o nivelamento de conhecimento e técnicas de cada especialidade e da abordagem motivacional para o desenvolvimento da ativação do paciente visando a autogestão do cuidado.

Palavras-chave: Cuidados em Saúde; Saúde do Idoso; Serviços de Saúde para Idosos.

ABSTRACT

Introduction: The change in the profile of users of the Unified Health System (SUS) has significant impacts on health, bringing new forms of action, mainly as a result of the increased incidence of non-communicable chronic diseases. To meet these transformations, there is a need for continuous evaluation of health processes and

policies. Despite the growing movement in recent years of discussion about innovation and integration of health care, the SUS still lacks a model of primary care for the elderly. The lack of a care model developed and culturally adapted to the needs of the elderly population makes it impossible to build and monitor individualized care plans that are effective for their demands. **Objective:** To present a proposal for health care for the elderly in a Gerontological Polyclinic of the Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade. **Methodology:** The differentials of this proposal are: the construction of a multidisciplinary care plan based on the identification of individual needs, the inclusion of the figure of the care coordinator, the need for patient and family agreement for comprehensive care, the patient activation strategy through the use of motivational interviewing and the integration of the care proposal inserted in an Open University of the Third Age. **Results and Conclusion:** For the implementation of this proposal, professionals must adhere to the new strategies, leveling knowledge and techniques of each specialty, and the motivational approach for the development of patient activation aiming at self-management of care.

Keywords: Healthcare; Health of the Elderly; Health; Services for the Aged.

1 INTRODUÇÃO

A transição demográfica e epidemiológica observada no Brasil têm impactado significativamente na mudança do perfil dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011). A redução do número de nascimentos e a queda da mortalidade nesse grupo etário intensificam o processo de Envelhecimento Populacional. Esse efeito permite que as pessoas alcancem idades mais elevadas, aumentando a incidência de doenças crônicas não transmissíveis (OLIVEIRA, 2019), como hipertensão arterial sistêmica (HAS), incontinência urinária e diabetes mellitus (FROTA et al., 2022).

Porém, os sistemas de saúde fragmentados não são capazes de ofertar uma atenção contínua, longitudinal e integral funcionando com ineficiência, inefetividade e com baixa qualidade (BOULT; WIELAND, 2010). Além disso, são reativos, episódicos e voltados, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas (MOYSÉS; FILHO; MOYSÉS, 2013). Para atender a estas transformações, vislumbra-se a necessidade de avaliação continuada dos processos e políticas de saúde (MALTA; SILVA JR, 2013).

A atenção deve ser estruturada com o objetivo de organizar os arranjos institucionais com um conjunto de ações razoavelmente padronizadas para atender às demandas populacionais, familiares e individuais. Assim, de forma flexível, poderá responder às especificidades de contexto e respeitar às necessidades singulares das pessoas (MOYSÉS; SILVEIRA FILHO; MOYSÉS, 2013). Todavia, apesar do crescente movimento nos últimos anos de discussão e propostas sobre melhoria da qualidade dos serviços dos sistemas de saúde (VERAS, 2022), o SUS ainda carece de um modelo de cuidados primários aos adultos mais velhos.

A carência de um modelo de cuidados desenvolvido e culturalmente adaptado para as necessidades da população idosa impossibilita a construção e o acompanhamento de planos de cuidados individualizados e efetivos às demandas dessa população. Desta forma, além de comprometer a efetividade das ações, a falta de uma avaliação individualizada e integral faz com que todos, independentemente das necessidades individuais, recebam e participem das mesmas estratégias.

Essa abordagem resulta em má utilização dos recursos (humano, financeiro, técnico, conhecimento, físico) e potenciais perdas na qualidade do serviço provido, que podem resultar em mais incapacidades e óbitos precoce. Portanto, a implementação de um modelo de cuidado custo-efetivo para a população de adultos mais velhos é um desafio de extrema importância para o sistema de saúde diante do crescimento acelerado da população idosa. Diante do apresentado, esse artigo tem como objetivo apresentar uma proposta de cuidado em saúde de idosos na Policlínica Gerontológica da Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade (FUnATI).

2 METODOLOGIA

2.1 DESCRIÇÃO DO MODELO

A descrição do modelo apresentado foi idealizada para ser aplicada na Policlínica Gerontológica pertencente à FUnATI, Manaus, Amazonas. O local caracteriza-se no formato ambulatorio geriátrico/gerontológico, sendo o cuidado prestado por equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista, cirurgião dentista, psicólogo e assistente social.

A equipe de saúde é responsável pela avaliação global do paciente visando o cuidado integral e focado nas necessidades individuais dos usuários. O percurso

assistencial inicia-se com as etapas de recepção, triagem e avaliação multidimensional inicial. Essa abordagem permite a identificação das principais necessidades apresentadas individualmente pelos usuários e norteia a elaboração de um plano de cuidado individualizado, sendo essa a etapa seguinte da intervenção.

Pensando no uso eficiente dos serviços de saúde pelo paciente, a figura do coordenador do cuidado é peça fundamental para auxiliar no processo de navegação nos diferentes tratamentos oferecidos visando evitar evasão ou a descontinuidade do cuidado. Detalhes sobre a coordenação do cuidado serão apresentados adiante nesse artigo, assim como os diferenciais do modelo de cuidado proposto.

2.1.1 Triagem e acolhimento

A recepção do paciente é realizada por técnico administrativo e inclui a abertura de um prontuário físico individualizado que é alimentado por todos os profissionais que compõem o quadro de recursos humanos do serviço [descrição do Manual de Procedimento Padrão (POP) para organização do prontuário descrita como Material suplementar]. A possibilidade de implementação de um prontuário eletrônico ou registros eletrônicos de saúde têm grande potencial para melhorar a qualidade do atendimento, promovendo eficácia e eficiência no atendimento (SORANZ; PINTO; CAMACHO, 2017), porém, em virtude do custo operacional, nem sempre é viável.

Em seguida, o paciente é encaminhado para a realização da triagem para coleta de sinais vitais (frequência cardíaca, respiratória e temperatura), verificação da pressão arterial sistêmica, dosagem de glicemia capilar, mensuração de peso e altura para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), mensuração de circunferência abdominal e circunferência de panturrilha. Essa etapa é realizada por um técnico de enfermagem e essas mensurações são utilizadas para compor a avaliação multidimensional inicial.

Para padronização da coleta de medidas antropométricas, pressão arterial e glicemia, foi elaborado um POP que contém a descrição precisa dos procedimentos a serem adotados visando a reprodutibilidade das medidas (Material suplementar).

2.1.2 Avaliação multidimensional inicial

Posteriormente à realização da triagem, o usuário é encaminhado para a Avaliação Multidimensional Inicial, realizada por um enfermeiro. O tempo de duração da avaliação é de aproximadamente 45 minutos. A amplitude dessa avaliação a

identificação de necessidades individuais específicas que baseiam o encaminhamento do usuário para as especialidades.

Esta avaliação inclui a realização de anamnese completa e aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional- 20 (IVCF-20) (MORAES et al., 2016). Foram acrescentados a este instrumento o rastreio de fragilidade social, saúde bucal e rastreio de dependência para realização de atividades de vida diária (AVDs) (Material suplementar).

O IVCF-20 é um questionário que contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso avaliando as principais dimensões consideradas preditoras de declínio funcional e/óbito em idosos, sendo constituído por 20 questões distribuídas em oito seções: idade (1 questão), autopercepção da saúde (1 questão), incapacidades funcionais (4 questões), cognição (3 questões), humor (2 questões), mobilidade (6 questões), comunicação (2 questões) e comorbidades múltiplas (1 questão que inclui 3 condições polifarmácia, polipatologia e internação recente). Cada seção tem pontuação específica que perfazem um valor máximo de 40 pontos. Quanto mais alto o valor obtido, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso (CORREA RIBEIRO et al., 2019).

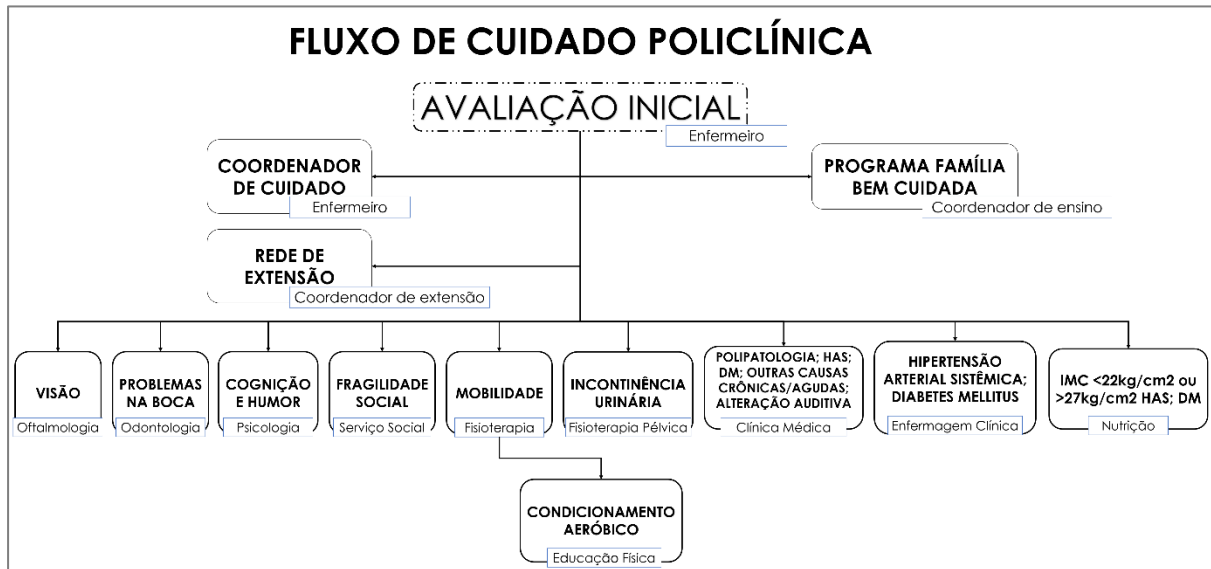
A realização da avaliação multidimensional inicial permite o planejamento do cuidado, baseado no diagnóstico multidimensional, a definição de intervenções preventivas, curativas, paliativas e reabilitadoras, as quais compõem o plano de cuidados centrado no paciente.

2.1.3 Plano de cuidado individualizado

O plano de cuidado no modelo proposto conceitua-se pelo processo no qual o profissional de saúde, representado inicialmente pelo enfermeiro e paciente discutem e consentem com um plano de ação para atingir os objetivos curativos, de manutenção ou prevenção de saúde, evidenciando as necessidades de maior relevância e preocupação para o paciente (BURT et al., 2014).

Para a definição de um plano de cuidado são consideradas as seguintes perguntas: “quais os problemas de saúde do paciente – O QUÊ?”; “quais as intervenções mais apropriadas – COMO?”; “quais profissionais precisam fazer parte desse cuidado – POR QUEM?”, conforme figura I.

Figura I - Fluxo do plano de cuidados inicial centrado no paciente.



Fonte: Os autores, 2020.

Após o estabelecimento de um plano de cuidado, o qual é apresentado ao paciente, indica-se o agendamento para as especialidades que foram destacadas para que o plano de cuidado seja contemplado. Cada especialidade possui uma ficha de avaliação específica. Para compor a ficha de avaliação, quando possível, foram selecionados instrumentos validados utilizados pelas diferentes especialidades, conforme Quadro 1.

Quadro 1: Ferramentas de aferição e as condições clínicas avaliadas de acordo com cada especialidade.

Especialidade	Ferramenta	Condições Avaliadas
Psicologia	Escala de Depressão Geriátrica (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005)	Sintomas de Depressão
	Escala de Ansiedade Geriátrica (MASSENA et al., 2015)	Sintomas De Ansiedade
	Mini Exame Do Estado Mental (LOURENÇO; VERAS, 2006)	Funções Cognitivas
	Rastreo De Sintomas Psicóticos (QUINTANA et al., 2004)	Sintomas Psicóticos Positivos
	Teste Do Desenho Do Relógio	Funções Executivas E Habilidades Visuoespaciais

	(SUNDERLAND et al., 1989)	
Oftalmologia		Checklist dos problemas Oftalmológicos mais Comuns No Envelhecimento
Odontologia		Histórico De Saúde, Habitos, Higiene e Uso de Fluor
		Inspeção de boca e face para avaliação dos Tecidos Moles, Oclusão e Prótese
		Exame extra-bucal para avaliação de linfonodos, Tireóides, Musculatura Cabeça e Pescoço, Articulação têmporo-mandibular, Lábios
		Exame intra-bucal para avaliação das condições Patológicas e Clínicas da Boca
		Avaliação da língua (anatomia e possíveis condições clínicas)
		Avaliação periodontal
		Biofilme lingual para avaliação das condições das papilas da lingua
Clínica-Geral		Doenças e Internações Previas, Alergias, Cirurgias, Risco Cardiovascular, Antecedentes Familiares, Exames, Colo de Útero
		Uso de Medicamentos, Fitoterápicos, Suplementos e Vitaminas
		Exame físico para avaliação dos sinais vitais, somatoscopia, cabeça e pescoço, respiratório, cardiovascular, abdôme, articular/locomotor:
Nutrição	Mini Avaliação Nutricional (FÉLIX; DE SOUZA, 2009)	Risco de Desnutrição
		Qualidade e quantidade nutricional
		Nível De Saciedade E Fome
Fisioterapia (Pelvica)		Histórico de Cirurgias prévias, Gravidez, Parto, Menopausa, condições Clínicas Ginecológicas e atividade sexual
	Perfect (LAYCOCK; JERWOOD, 2001)	Funcionalidade do assoalho pélvico
	Pad Test (MEDEIROS ARAUJO et al., 2022)	Quantificação da perda urinária

	Questionário PRAFAB De Severidade Da IUE (DA SILVA et al., 2018)	Severidade Da Incontinência Urinária
Enfermagem	IVCF-20 (DE MORAES et al., 2016)	Nível De Vulnerabilidade Clínico-Funcional
	KATZ (LINO et al., 2008)	Atividades Básicas De Vida Diária
Educação Física	Senior Fitness Test – STF (FIEDLER; PERES, 2008)	Força E Resistência Dos Níveis Inferiores
	Questionário Internacional De Atividade Física – IPAQ (MATSUDO et al., 2012)	Nível De Atividade Física

2.1.4 Coordenação do cuidado

A coordenação do cuidado é uma estratégia fundamental para a eficiência e continuidade do cuidado de pacientes de doença crônica. A coordenação de cuidado é uma perspectiva contemporânea que parte da estratificação do risco de fragilização do paciente para a definição de planos individualizados, mediante a combinação de recursos tradicionais e tecnológicos, visando cuidar do idoso de forma adequada e com custos otimizados (VERAS; OLIVEIRA, 2016).

O papel do coordenador do cuidado, como figura central da gestão do cuidado, tem como foco oferecer um gerenciamento eficaz da saúde e do cuidado do paciente, tornando a ele uma referência do cuidado na unidade de saúde. O coordenador exerce também um papel fundamental e estratégico na equipe de saúde. Ele auxilia na navegação de informações entre os profissionais sobre o paciente, minimizando riscos de má conduta, conflitos e falta de conhecimento sobre cada caso e favorecendo um cuidado integral e sistemático do paciente (VERAS; OLIVEIRA, 2016).

Um dos pilares da atuação do coordenador é servir de elo entre serviço, paciente e familiares, trazendo-os para a corresponsabilização do cuidado. Essa triangulação é essencial para a adesão ao tratamento e para a continuidade do cuidado fora da unidade de saúde.

No modelo proposto, indica-se um enfermeiro para assumir o papel de coordenador(a) do cuidado. Na literatura, encontramos o mesmo conceito com

designações diferentes, seja de gerenciador, ou navegador (NOGUEIRA et al., 2021) Na FUNATI, o enfermeiro coordenador do cuidado acompanha o idoso e sua família a partir da conclusão da Avaliação Multidimensional Inicial. Além de classificar o risco de fragilização do paciente, ele acompanha o plano terapêutico estabelecido pela equipe multiprofissional, incluindo encaminhamentos para serviços que deverão ser realizados fora do ambiente da Policlínica. O coordenador é responsável pelo encaminhamento e contra encaminhamento para outros serviços do SUS, visando a integralidade do cuidado dentro da perspectiva moderna de promoção da saúde. Portanto, esse profissional também é responsável pela transição do cuidado entre os serviços.

2.2 DIFERENCIAIS DO MODELO

2.2.1 Pactuação paciente e familiar para o cuidado integral

A relação entre equipe de cuidado, paciente e familiares é um processo complexo que requer esforços de todas as partes. O plano de cuidado escolhido deve ser viável operacional e financeiramente e aceito por todos os atores envolvidos no processo do cuidado. Nessa perspectiva, o paciente é percebido por completo, com direitos, vontades e com deveres que irão implicar diretamente no resultado do planejamento proposto (ROCHA et al., 2011).

Visando a formalizar o vínculo entre o paciente, família e o serviço de saúde, o coordenador de cuidado utiliza um Termo de Pactuação (Material Suplementar). A pactuação ocorre logo após a Avaliação Multidimensional Inicial. Para sua formalização, o coordenador realiza uma consulta com o paciente e um familiar de referência para a explicação dos resultados da avaliação, o plano terapêutico, o papel do serviço de saúde, do paciente e do familiar nos cuidados diários. Após todos os esclarecimentos, a pactuação é formalizada mediante assinatura do documento.

2.2.2 Ativação do paciente e entrevista motivacional

O modelo de cuidado se alicerça no princípio de ativação do paciente, que consiste no grau de confiança, conhecimento e competência que o indivíduo possui para cuidado da sua própria saúde (HIBBARD; GREENE, 2013). Estratégias que

visam aumentar a ativação do paciente para a autogestão do cuidado têm sido relatadas por sua eficiência na adesão de pacientes com doenças crônicas. Pacientes 'ativados' tendem a apresentar maior adesão a tratamentos, melhores prognósticos devido à mudança de estilo de vida, o que conseqüentemente leva à diminuição do uso do sistema de saúde e menor gasto para a saúde pública (ALEXANDER et al., 2012; HIBBARD; GREENE, 2013; MITCHELL et al., 2014).

Como ferramenta de gestão de saúde do paciente e avaliação do nível de ativação para o autocuidado foi utilizado o instrumento chamado Patient Activation Measure - 13 (PAM-13). O termo ativação inclui três componentes necessários para autogestão do cuidado avaliados a partir da percepção do próprio paciente: a) conhecimento sobre a própria condição de saúde e possíveis estratégias de cuidado; b) habilidade em cuidar e buscar cuidados para a própria saúde e c) confiança para autogerenciar os cuidados (HIBBARD et al., 2004). O PAM-13 tem sido utilizado cada vez mais no âmbito clínico porque permite identificar as necessidades e os riscos dos pacientes, direcionar a abordagem em saúde de forma individualizada, avaliar os resultados de intervenções e auxiliar no ajuste de informações pelos profissionais da saúde, conforme as metas de gestão pactuadas com os pacientes (MITCHELL et al., 2014).

Alinhado com os princípios teóricos motivacionais do instrumento, utilizou-se como ferramenta complementar a entrevista motivacional durante as consultas de saúde. A entrevista motivacional é uma técnica de entrevista com o objetivo de aumentar a motivação e focar na mudança de comportamentos dos indivíduos. Para isso, as perguntas são voltadas para a superação de ambivalências presentes nas tomadas de decisão para a mudança de hábito voltada para um estilo de vida saudável. Essa intervenção parte do pressuposto de que é necessário desenvolver a motivação intrínseca no indivíduo para que ele se empodere do autocuidado e para que a mudança de comportamento seja duradoura (ROLLNICK et al., 2008).

Para que fosse possível 'ativar' o paciente para autogestão do cuidado, todos os profissionais do serviço foram treinados em estratégias motivacionais que foram utilizadas durante as consultas. Essas estratégias foram utilizadas para o estabelecimento de um plano de cuidado junto com os pacientes, com estabelecimento de metas comportamentais, dando-lhes a autonomia de gerir seu próprio cuidado. O curso, ministrado por uma psicóloga, teve duração de 24h e contemplou explanação sobre teorias motivacionais e vivências para os profissionais

aprenderem o uso das técnicas para mudança de comportamento e gestão do autocuidado.

2.2.3 Atividades complementares de saúde

Considerando que a promoção de saúde, em seu conceito ampliado, parte da capacidade das pessoas e serviços em modificarem os determinantes da saúde em benefício da qualidade de vida (BUSS, 2009) o modelo de cuidado previu também o encaminhamento pelo coordenador de cuidado para atividades físicas e de extensão da FUnATI e de Centros de Convivência de idosos. As atividades dessas Instituições são diversas, envolvendo diferentes modalidades de atividade física, cultural, de lazer e de capacitação. O encaminhamento para esses serviços considera as limitações e capacidades físicas e cognitivas dos pacientes, além do seu interesse e aptidão, havendo acompanhamento do coordenador ao longo de todo o processo.

Considerando a importância da psicoeducação para a adesão terapêutica (LOSSO *et al.*, 2014), o modelo de cuidado também previu a realização de rodas de conversa com os familiares dos pacientes, realizadas pela coordenação de ensino da FuNATI, no Programa chamado Família Bem Cuidada.

2.2.4 Programa Família Bem Cuidada

Para apoiar os familiares no cuidado dos pacientes, minimizando os anseios, dúvidas e servindo de rede de apoio entre os envolvidos, foi criado o Programa Família Bem Cuidada, com duração de duas horas, dirigido por um psicólogo e assistente social.

Além do suporte psicológico e social do Programa, a roda de conversa tinha como objetivo promover também o conhecimento sobre o processo saúde-doença, envelhecimento, principais doenças crônicas e construção de hábitos saudáveis. Cada encontro é guiado por um tema central previamente definido, como, por exemplo, perdas, o envelhecer, autocuidado, etc. que serve de disparador dos diálogos entre os integrantes. Os temas são definidos entre o coordenador do cuidado, psicólogos, assistente social e gestor da policlínica de saúde. O Programa é, então, espaço de conhecimento e acolhimento dos familiares e direcionamento deles para o cuidado dos pacientes, partindo da premissa de que para cuidar é necessário que haja o autocuidado

3 RESULTADOS

LIÇÕES APRENDIDAS: DESAFIOS E DIRECIONAMENTOS

O modelo idealizado foi implementado na Policlínica Gerontológica da FUnATI como projeto piloto. Desta experiência, alguns desafios e direcionamentos foram extraídos visando o aprimoramento do modelo.

O cuidado em saúde é um processo complexo que deve considerar a capacidade institucional e da rede de assistência, o papel dos profissionais, pacientes e familiares e estratégias para ações sistemáticas. Um dos principais desafios para a operacionalização do modelo é a adesão dessa proposta pelos profissionais de saúde, pois sua implementação depende da mudança da cultura organizacional que compõe os hábitos, crenças e valores de uma instituição. Por isso, é fundamental que o modelo seja concebido, compreendido e consentido por todos os envolvidos. Além disso, a avaliação do clima organizacional e da percepção da equipe em relação ao funcionamento do serviço pelos dirigentes também se faz necessária.

Outro ponto que emergiu dessa reflexão foi que a inclusão de novos integrantes (profissionais) em uma estrutura organizacional já consolidada, aos quais são atribuídos novos papéis e responsabilidades, pode interferir na adesão dos profissionais ao modelo proposto. Nessa proposta, a figura do coordenador de cuidado é fundamental para auxiliar no percurso assistencial e fomentar a adesão do paciente e familiares. Mesmo que esse profissional seja identificado como um fator apoiador e condutor dos idosos no cuidado no ambiente micro (policlínica) e macro (rede de assistência) pelos pares, o seu trabalho somente será completado a partir do envolvimento de todo o grupo profissional.

A capacitação e qualificação são componentes primordiais para o desenvolvimento de estratégias para motivação do autocuidado e bem-estar da pessoa idosa. Porém, as barreiras na aplicabilidade do treinamento em técnicas para mudança de comportamento devem estar interligadas entre as especialidades para não criar uma dificuldade na aplicabilidade. A implementação dessas novas estratégias somente é possível se houver o completo entendimento e engajamento pela equipe de saúde e pelos dirigentes da instituição.

Outro desafio é o engajamento dos familiares no processo do cuidado. Os compromissos diários e a falta de entendimento da importância na participação podem levar a recusas dos familiares em pactuar com o serviço de saúde. A recusa pelo

paciente de nomear um familiar de referência pode ainda acontecer por temer perder sua autonomia e independência nas tomadas de decisão da vida diária. Para isso, é preciso persistir na escuta ativa e acolhedora para a desmistificação de crenças.

A utilização de estratégias apoiadas em tecnologias da informação como prontuários eletrônicos, mensagens via SMS, WhatsApp, aplicativos, entre outras se mostraram essenciais para a eficácia do acompanhamento dos percursos assistenciais do idoso, como apoio as avaliações constantes, da equipe de saúde, para a atenção global do cuidado, ultrapassando as informações do que a mera assistência clínica. Estes recursos, por serem inacessíveis ao serviço, tornaram-se obstáculos importantes.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ressalta-se a importância de melhoria nos processos em saúde. No modelo atual, fragmentado e não individualizado, as práticas de cuidado acabam, muitas vezes, deixando o cuidado moroso e ineficiente. Repensar novos caminhos é o primeiro passo para uma implementação que considere o sujeito-paciente-usuário como ator central na assistência.

Essa mudança de paradigma repercute em olhar o indivíduo e suas necessidades, individualidades, contexto, vontades e desejos, que ultrapassam a presença de doenças. Inclui termos como pactuação e motivação e abandonam-se frases autoritárias e metas que não serão alcançadas por não serem factíveis. Adapta-se o serviço prestado ao indivíduo e não o contrário. Acredita-se que essas transformações levarão a tão almejada conceituação do verbo cuidar que remete ao ato prudente voltado para o outro, com atenção e zelo.

Referências

- ALEXANDER, J. A. et al. Patient-physician role relationships and patient activation among individuals with chronic illness. **Health Services Research**, 2012.
- BOULT, C.; WIELAND, G. D. Comprehensive primary care for older patients with multiple chronic conditions: "Nobody rushes you through". **JAMA**, v. 304, n. 17, p. 1936–43, 2010.
- BRASIL. Planificação da atenção primária à saúde nos estados. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, v. 23, p. 436 (CONASS Documenta, 23), 2011.
- BURT, J. et al. Care plans and care planning in long-term conditions: a conceptual model. **Primary health care research & development**, v. 15, n. 4, p. 342–54, 2014.
- CORREA RIBEIRO, P. C. et al. Clinical-functional vulnerability in older adults and its impact on primary health care actions. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 32, n. 8366, p. 1–9, 2019.
- DA SILVA, L. B. et al. Disfunções urinárias em mulheres praticantes de atividade física em academias – um estudo transversal. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 8, n. 1, p. 71–78, 2018.
- DE MORAES, E. N. et al. Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20): Rapid recognition of frail older adults. **Revista de Saude Publica**, v. 50, n. 81, 2016.
- FÉLIX, L. N.; DE SOUZA, E. M. T. Avaliação nutricional de idosos em uma instituição por diferentes instrumentos. **Revista de Nutricao**, v. 22, n. 4, p. 571–580, 2009.
- FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, 2008.
- FROTA, J. G. S. et al. Doenças crônicas e aspectos de saúde de idosos amazonenses. **Revista Amazonense de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, p. 1–13, 2022.
- HIBBARD, J. H. et al. Development of the patient activation measure (PAM): Conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. **Health Services Research**, v. 39, n. 4p1, p. 1005–1026, 2004.
- HIBBARD, J. H.; GREENE, J. What the evidence shows about patient activation: Better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. **Health Affairs**, 2013.
- LAYCOCK, J.; JERWOOD, D. Pelvic floor muscle assessment: The PERFECT scheme. **Physiotherapy**, 2001.
- LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cadernos de Saúde Pública**, 2008.
- LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 712–719, 2006.
- MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. DA. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 151–164, 2013.
- MASSENA, P. N. et al. Validation of the Brazilian Portuguese Version of Geriatric Anxiety Inventory - GAI-BR. **International Psychogeriatrics**, v. 27, n. 7, p. 1113–1119, 2015.
- MATSUDO, S. et al. Questionário Internacional De Atividade Física (Ipaq): Estupo De Validade E Reprodutibilidade No Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 1–14, 2012.
- MEDEIROS ARAUJO, C. et al. Pad test for urinary incontinence diagnosis in adults:

Systematic review of diagnostic test accuracy. **Neurourology and Urodynamics**, v. 41, n. 3, p. 696–709, 2022.

MITCHELL, S. E. et al. Patient activation and 30-day post-discharge hospital utilization. **Journal of General Internal Medicine**, 2014.

MORAES, E. N. et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Revista de Saude Publica**, v. 50, n. 81, p. 1–10, 2016.

MOYSÉS, S. T.; FILHO, A. D. S.; MOYSÉS, S. J. **A implantação do modelo de atenção as condições crônicas em curitiba: resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na atenção primária em saúde Organização Pan-Americana da Saúde e e Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. [s.l: s.n.].

MOYSÉS, S. T.; SILVEIRA FILHO, A. D.; MOYSÉS, S. J. A Implantação Do Modelo De Atenção Às Condições Crônicas Em Curitiba. p. 390, 2013.

NOGUEIRA, T. C. P. et al. Saúde da família e coordenação do cuidado: avaliação de trabalhadores do sistema único de saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 2, p. 12093–12107, 2021.

OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 31, p. 69–79, 2019.

PARADELA, E. M. P.; LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Revista de Saude Publica**, v. 39, n. 6, p. 918–924, 2005.

QUINTANA, M. I. et al. The reliability of the Brazilian version of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 2.1). **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 37, n. 11, p. 1739–1745, 2004.

ROCHA, F. C. V. et al. O cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família. **Revista Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 186–191, 2011.

ROLLNICK, S. et al. Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior. **COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease**, 2008.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; CAMACHO, L. A. B. Análise dos atributos dos cuidados primários em saúde utilizando os prontuários eletrônicos na cidade do Rio de Janeiro. **Ciencia e Saude Coletiva**, 2017.

SUNDERLAND, T. et al. Clock Drawing in Alzheimer's Disease: A Novel Measure of Dementia Severity. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 37, n. 8, p. 725–729, 1989.

VERAS, R.; OLIVEIRA, M. Care pathway for the elderly: detailing the model. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 6, p. 887–905, 2016.

VERAS, R. P. Modelo assistências contemporâneo para os idosos: uma proposta acadêmica para o setor da saúde. **Revista Amazonense de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, p. 1–70, 2022.