



Modelo assistencial contemporâneo para os idosos: uma necessidade premente

Contemporary care model for older people: an urgent need

Renato Peixoto Veras¹ 

Resumo

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. Apresentou-se em detalhes a teoria e os conceitos que fundamentam o modelo proposto, bem como os instrumentos de avaliação epidemiológica utilizados. O artigo contextualiza o crescimento desse contingente populacional no mundo e, em particular, no Brasil, mostrando seus impactos sociais e financeiros para a sociedade. A partir dessa análise, defende-se que o cuidado prestado à população idosa seja repensado, valorizando cada vez mais as ações de prevenção de agravos e de promoção da saúde. Propõe-se também o uso inteligente da tecnologia para consultas, monitoramento, atitudes preventivas e na coordenação dos novos cuidados. Acredita-se que a ênfase da atenção ao público idoso deve se dar nas instâncias leves de cuidado, de forma a minimizar desperdícios, usando com racionalidade os recursos disponíveis no sistema de saúde e valorizando os profissionais envolvidos.

Palavras-chave: Idosos. Modelo Assistencial. Prevenção. Promoção de Saúde.

Abstract

In this article, a proposed solution is developed for a resolute care model with an excellent cost-benefit ratio, congruent with the latest solutions in integrated care for the older population. The theory and concepts underlying the proposed model are outlined in detail, together with the epidemiological assessment instruments used. The article provides the context behind the global growth of the older population and, more specifically for Brazil, showing the social and financial impacts of this shift on society. Drawing on this analysis, we advocate that care provision for the older population be rethought, with greater priority given to disease prevention and health promotion actions. We also propose judicious use of technology for consultations, monitoring

Keywords: Older people. Care Model. Prevention. Health Promotion.

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Aberta da Terceira Idade. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Não houve financiamento para a execução desse trabalho.
O autor declara não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/*Correspondence*
Renato Peixoto Veras
unativeras@gmail.com

Recebido: 16/03/2023
Aprovado: 13/04/2023

and preventive strategies, and for coordinating new care approaches. We believe the emphasis on care for the older population should take a low-complexity approach to reduce wastefulness, ensure rational use of health system resources, and make optimal use of the professionals involved.

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida é uma grande conquista da população brasileira. Viver mais – envelhecer – já é uma realidade nas últimas décadas e será mais ainda nos anos vindouros. Contudo, usufruir desses anos a mais com capacidade funcional, saúde e qualidade de vida também deve fazer parte dessa conquista. Pesquisadores vêm buscando mudanças do modelo de prestação de serviços em saúde. Tais renovações são imprescindíveis e viáveis.

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. Para tanto, todos os atores do setor devem se perceber responsáveis pelas mudanças necessárias, bem como permitam-se inovar, por meio do resgate de cuidados e valores mais simples, os quais se perderam dentro do nosso sistema de saúde.

Partindo-se destas premissas, optou-se por estruturar este documento em segmentos complementares. Apresentou-se a expressão numérica do grupo etário dos idosos, que constituem, em termos proporcionais, o grupo que mais cresce em todo o mundo na atualidade. Discutiu-se esse processo de transição demográfica com foco na saúde coletiva e descreveu-se o modelo assistencial para o idoso com todas as suas especificidades, levando-se em conta o aumento da expectativa de vida.

Na atualidade, chegar aos 80, 90 anos ou até mais se tornou algo relativamente comum. Entretanto existe uma enorme preocupação com o modelo de cuidado utilizado, pois tudo que não se deseja é que os anos adicionais de vida sejam de sofrimento, dor e custos elevados.

Integrar o conhecimento, a teoria, a aplicação dos instrumentos e sua rotina é fundamental para que essa lógica de cuidado se amplie no Brasil e para que os setores públicos e de saúde suplementar possam oferecer uma melhor assistência ao grupo

etário que mais cresce em todo o mundo. Se não houver mudança no modelo assistencial para o idoso, a perspectiva para os próximos anos será sombria.

O objetivo deste trabalho é sugerir um modelo inovador e de qualidade. O 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. Deve-se trabalhar com uma perspectiva de premente mudança, e que esta proposta se consolide, desenhando o cenário de um cuidado assistencial mais adequado para os nossos velhos.

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 subestimação¹⁻³.

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, todavia, tal conquista acarreta um grande desafio: cuidar bem desse grupo etário e agregar qualidade aos anos adicionais de vida.

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (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 envelhecem⁴. Esse novo paradigma identifica três pilares essenciais: saúde, participação e segurança⁵⁻⁶.

Em essência, o pilar da saúde transcende o campo estritamente físico 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 a permanência ativa no mercado laboral. Por último, a necessidade da existência de algum sistema de proteção social que garanta nível adequado de segurança socioeconômica, sem o qual 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 segurança⁵. Na medida em que esse conceito ganhou força na esfera política, as publicações oficiais a esse respeito se tornaram cada vez mais focadas em um imperativo econômico: o da manutenção dos idosos em atividades produtivas⁶.

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.

Na atualidade, há um contingente expressivo de crianças, adultos e idosos. Mas a partir de 2030 teremos a redução do número de jovens e da população em geral, algo que já está sendo observado nos dados preliminares do último censo demográfico brasileiro, realizado excepcionalmente em 2022, devido à pandemia de covid-19. Os resultados estão mostrando uma redução da população brasileira. O mesmo ocorre em vários países. A China, por exemplo, deverá perder parte significativa de sua população, a qual registrou no ano passado a primeira queda em mais de 60 anos e deverá ser ultrapassada em breve pela população da Índia. A China contava em dezembro com 1,41 bilhão de habitantes, segundo o Escritório Nacional de Estatísticas. No decorrer de 2022 houve 9,56 milhões de nascimentos, 850 mil a menos que as 10,41 milhões de mortes registradas. Esse recuo demográfico era esperado apenas para 2031, conforme previsão das Nações Unidas.

A antecipação em quase uma década no declínio populacional não aconteceu por acaso. Como em

outros países, as mulheres têm preferido investir em sua carreira em detrimento da maternidade e encontram menos resistência social em uma sociedade já acostumada a famílias menores.

As estatísticas demográficas mostram que a economia contará cada vez menos com uma mão de obra jovem e barata, um dos principais fatores de projeção da China, quando o país passou a exportar volumes crescentes de bens de consumo e produtos manufaturados.

O exemplo chinês funciona como alerta para o Brasil, onde, conforme já mencionado, o Censo de 2022 sugere um crescimento populacional inferior ao previsto, demonstrando que o período de bônus demográfico — em que há mais jovens do que idosos na população — terminou antes do esperado. Como a China, o Brasil também ficará velho antes de ficar rico — e só terá como manter índices robustos de crescimento se conseguir alavancar a produtividade da economia.

Todos esses dados mostram que o futuro do século XXI será grisalho, ou seja, o percentual de idosos no mundo alcançará patamares jamais vistos 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. 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 tempo para oferecer a essa parcela da população melhor estrutura e facilidades.

O Brasil precisa assumir como tarefa a garantia de qualidade de vida dos seus idosos, os quais, assim como grande parte da população, têm baixa escolaridade e pouca proteção social. Sofrem ainda, no campo da saúde, com múltiplas patologias crônicas⁷, que exigem acompanhamento constante e cuidados permanentes⁸, gerando impacto econômico para a sociedade⁹ em função da demanda crescente. As internações hospitalares dos idosos tornam-se mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado com outras faixas etárias. Há, portanto, uma enorme implicação econômica, previdenciária e social.

O envelhecimento humano não pode ser visto como um peso. É preciso alocar políticas sociais para esse público. No campo da saúde, deve-se 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.

Em projeção recente, o IBGE estimou a população brasileira em 207,8 milhões, patamar inferior à expectativa para o resultado do Censo (215 milhões). Se o Censo confirmar a projeção, o bônus demográfico representado pelo aumento da população em idade ativa, entre 15 e 65 anos, terá se esgotado no período entre 2018 e 2021. Com maior proporção de idosos, a tendência é a população brasileira estabilizar por volta de 2047, ou até antes. Governantes e gestores públicos não devem mais, portanto, cultivar a imagem do Brasil como “país jovem” com mão de obra abundante. E o envelhecimento traz um sem número de desafios. Não se poderá mais depender da inclusão de mão de obra jovem na força de trabalho. Será preciso produzir mais com menos gente. A tradução disso em termos econômicos resume-se em uma palavra: produtividade.

A redução dos jovens na população já se manifesta nas matrículas no ensino fundamental, que têm caído

à razão de 400 mil por ano. O Brasil mal implementou melhorias consistentes na rede de ensino básico. O esforço em educação e treinamento não se materializa em inovação, na produtividade e na geração de riqueza, de que o país precisa para se desenvolver. Ao mesmo tempo, será preciso requalificar idosos, promover uma “alfabetização digital”, para que também possam continuar a trabalhar.

Como na Europa, deverão ser construídas menos escolas, ao passo que o governo terá de dar apoio a redes de cuidadores de idosos, com demandas cada vez mais pesadas sobre o sistema de Previdência. Não são devaneios sobre um futuro distante. A questão já deveria ter começado a ser enfrentada pelo poder público.

O atual governo, mais atento ao mundo globalizado, não pode se atrasar nesta importante mudança do padrão demográfico e suas consequências sociais.

A Figura 1 demonstra a dimensão do que é o envelhecimento da população no Brasil.

Importante ressaltar o enorme impacto demográfico que esses dados corroboram.

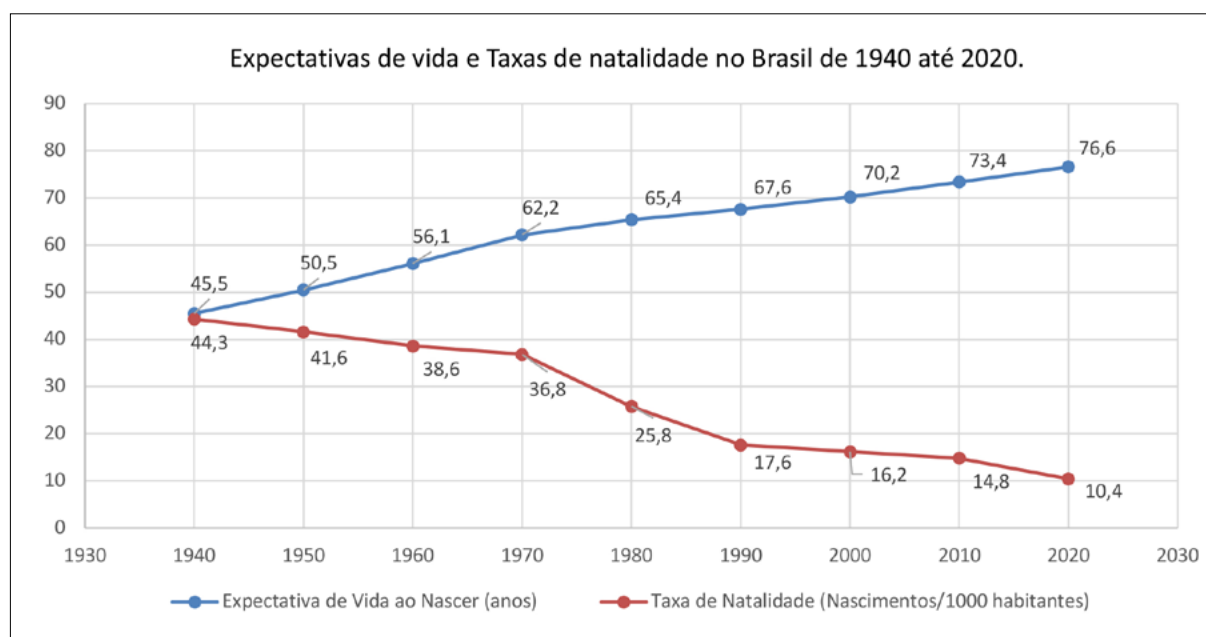


Figura 1. Expectativas de vida e Taxas de natalidade da população brasileira desde 1940 até 2020.

Fonte: IBGE, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023. <https://www.ibge.gov.br/>

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 prever. Os transtornos neuropsiquiátricos constituem a maior parcela dessas DCNTs¹⁰.

Em seu relatório publicado em 2015, a OMS assinala que, das 38 milhões de vidas perdidas em 2012 por DCNTs, 16 milhões (ou seja, 42%) eram prematuras e evitáveis¹¹. Como a despesa com cuidados relativos a essas doenças sobe em todo o mundo, elas ocupam proporções cada vez maiores nos orçamentos públicos e privados¹².

As enfermidades crônicas incluem tradicionalmente as doenças cardiovasculares, diabetes, asma, doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC) e doenças crônico-degenerativas. Como as taxas de sobrevivência têm melhorado, esse conjunto de doenças 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 de 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”, o que é determinado por 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 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, entre outros¹³.

Diversas 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, bem como 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, entre os quais o avanço tecnológico presenciado em diversos campos do conhecimento e da ciência contemporânea.

Mudança necessária

A transição demográfica e a melhoria dos indicadores sociais e econômicos do Brasil, em comparação com décadas anteriores, trouxeram o crescimento 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 gastos¹⁴. E a demanda crescente por serviços de saúde pode gerar escassez e/ou restrição de recursos.

Mas 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, pela redução da incidência e mortalidade por câncer cervical, bem como pela diminuição da prevalência de consumo de fumo e incidência de câncer do pulmão em homens¹⁵.

Ocorre que um dos problemas da maioria dos modelos assistenciais é o foco exclusivo na doença. Lamentavelmente, a ação preventiva ainda é vista como uma sobrecarga de procedimentos e custos

adicionais. Contudo deveria ser compreendida como uma estratégia que, em médio e longo prazos, poderá reduzir internações e outros procedimentos de muito maior custo¹⁶.

Todas as evidências indicam que os sistemas de saúde baseados na biomedicina terão, progressivamente, problemas de sustentabilidade. Tal 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, para gerenciar não a doença, mas o indivíduo, fazendo bom uso das tecnologias disponíveis, trabalhando com informações de qualidade e monitoramento frequente. O médico especialista, o hospital, os fármacos, os exames clínicos e de imagem também fazem parte do modelo ideal de saúde, mas o protagonismo deve ser dado às instâncias leves e ao acompanhamento desse cliente pelo seu médico¹⁷.

Um modelo contemporâneo de saúde do idoso precisa reunir um fluxo de ações de educação, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos¹⁸. Ou seja, uma linha de cuidado ao idoso que pretenda apresentar eficiência e eficácia deve pressupor uma rede articulada, referenciada e com um sistema de informação desenhado em sintonia com essa lógica.

Por que o discurso é diferente da prática?

Antes de adentrar na proposta de modelo assistencial, uma questão precisa ser discutida previamente. Existe um consenso: quando consultados, todos, sem exceção, mostram-se favoráveis a essa nova linha de cuidado. O que é difícil explicar, no entanto, é por que a maioria dos gestores de saúde faz tudo em oposição ao seu próprio discurso?

O modelo de assistência à saúde da pessoa idosa, bem realizado, é uma exceção. No excelente trabalho da Agência Nacional de Saúde (ANS), coordenado pela Dra. Martha Oliveira em 2018¹⁹, podemos observar essa distância entre discurso e prática.

Já ultrapassamos a fase da novidade e dos clichês bastante conhecidos e atualmente aceitos por todos – até mesmo por aqueles que não os praticam. É algo

louvável 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), tendo como foco a prevenção de doenças. Importantes organismos nacionais e internacionais de saúde defendem esse conceito há muitos anos^{11,13}. Mas o passo adiante precisa ser dado²⁰.

Propomos 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 na prática do dia a dia? Por que líderes e gestores não promovem a mudança?

Para que o setor de saúde – particularmente no segmento dos idosos – se organize, um dos itens a ser considerado 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.

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.

Outra questão: 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”.

E quanto ao modelo de remuneração dos profissionais de saúde? Constata-se que são mal remunerados, então por que não adotamos o pagamento por desempenho? 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, 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^{7,21}.

Destarte, é preciso ter competência para arregimentar esforços que transformem a teoria em um modelo de saúde de qualidade para todos, incluindo os idosos. É descabido que o SUS se fragmente ou que aumente o número de falências entre as empresas de assistência médica privada.

Em contrapartida, a cada ano que passa, o custo da saúde aumenta e a qualidade assistencial piora. Um sistema assim é insustentável. É hora, portanto, de pôr em prática o que todos defendem, mas não fazem.

Envelhecimento e saúde

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 doenças⁷. 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 idoso²².

No livro “Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos”²³, os autores 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 saudáveis¹. Nesse escopo, afirmam que a saúde deve envolver a preparação para o serviço que aumenta a eficiência da cadeia de valor (conjunto de atividades desempenhadas por uma organização desde as relações com os fornecedores, ciclos de produção e venda, até a fase da distribuição final. Tal conceito foi introduzido por Michael Porter em 1985); 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 e que 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 faz uso intensivo de tecnologias caríssimas. Seu fracasso, no entanto, não deve ser imputado aos clientes, mas ao modelo assistencial praticado, que sobrecarrega os níveis de maior complexidade em função da carência de cuidado nos primeiros níveis. O atendimento domiciliar, para alguns casos, pode ser uma alternativa. O *home care* não deve ser visto como um modismo, mas como uma modalidade¹⁸ 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 residência²⁴.

Uma avaliação prospectiva do gerenciamento de doenças²⁵ oferecido aos beneficiários do Medicare - sistema de seguro-saúde para idosos gerido pelo governo norte-americano - demonstrou que as ações não estavam conseguindo reduzir despesas²⁶ e que os médicos se ressentiam da decisão das seguradoras de pagar os custos de gerenciamento de doenças, possivelmente reduzindo seus ganhos e interferindo 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 dessa patologia. A melhor opção é estruturar modelos que funcionem de modo integrado e consigam dar conta de toda a gama de necessidades²⁷. Se não for assim, o problema dificilmente será resolvido, pois as demais doenças e suas fragilidades serão mantidas. Além disso, os recursos serão utilizados inadequadamente²⁸.

A informação epidemiológica traduz-se na 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 psicocognitiva para a realização de atividades no cotidiano^{18,29}.

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 distintos²⁹.

Existem pessoas com dependência física que são perfeitamente capazes de decidir as atividades de seu interesse. Por outro lado, há pessoas que apresentam condições físicas para realizar determinadas tarefas do cotidiano, mas não para escolher com segurança como, quando e onde se envolver nessas atividades¹⁸.

A avaliação funcional define 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 que atenda os seguintes critérios²: ser simples e seguro; ter tempo de aplicação curto e baixo custo; ter precisão para detectar o risco investigado; ser validado para a população e para a condição a ser verificada; 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 rastreamento²⁴ do risco de perda funcional do idoso¹². Composto de sete itens, com validação e adaptação transcultural do questionário para o Brasil, 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 fragilidade³⁰.

Rumo à sustentabilidade

As transformações socioeconômicas 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 pública³¹.

O que aqui se é fazer o necessário e de forma correta, com foco no elemento mais importante de

todo processo: o próprio paciente³². A atenção deve ser organizada de maneira integrada e os cuidados precisam ser coordenados ao longo do percurso assistencial, em uma lógica de rede^{8,30}. 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, dentro da lógica de permanente acompanhamento, variando apenas os níveis, a intensidade e o cenário da intervenção³³.

É necessário obter melhores resultados assistenciais e econômico-financeiros. Para isso é preciso 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.

Tudo isso resultará em benefícios, qualidade e sustentabilidade não somente para esse segmento populacional, mas para a saúde brasileira como um todo.¹⁷ Os efeitos dessa mudança de modelo serão percebidos de imediato pelos usuários. E a transformação do sistema de saúde rumo à sustentabilidade ficará evidente a médio prazo.

O modelo de cuidado

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 encaminhamento³⁴.

O modelo inglês, o *National Health Service* (NHS), tem como figura central o médico generalista de alta capacidade resolutiva, o chamado *general practitioner*, ou GP³ (No Reino Unido, o *general practitioner* (GP), é um médico diferenciado, com salário maior que dos especialistas e muito valorizado pela sociedade britânica. São considerados os "verdadeiros médicos", pois sabem "de tudo". Um especialista é tido pelo senso comum como mais limitado, pois só domina uma especialidade. Para o cidadão britânico, médico

bom é o GP¹, o qual estabelece um forte vínculo com o paciente²⁵. O acesso a esses profissionais é garantido a todos independentemente de renda ou condição social, à semelhança do nosso SUS³⁵. 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 ali³⁶. O modelo norte-americano, por outro lado, opta pelo encaminhamento do paciente aos inúmeros médicos especialistas. São dois países ricos, de grande tradição na medicina. Utilizam, no entanto, sistemas diferentes, que proporcionam resultados também bastante distintos³⁷.

Um estudo recente da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico (OCDE), em países desenvolvidos, mostra a diferença dos custos da saúde nos Estados Unidos em comparação com outros países ricos e de boa qualidade assistencial³⁸ – onde, naturalmente, as despesas em cuidados de saúde são mais volumosas do que nos países em desenvolvimento^{26,29}. Ainda assim, o gasto dos norte-americanos é muito superior. Em 2017, foi de US\$ 10.224 por pessoa, 28% maior que a Suíça e mais que o dobro 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, o que se valoriza e premia é 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. Apesar de esses pressupostos serem aceitos pela maioria dos gestores de saúde, muito pouco é realizado. Por este motivo, para um modelo de cuidado adequadamente estruturado²² alguns elementos não podem faltar⁴.

Observa-se que no sistema brasileiro há um excesso de consultas realizadas por especialistas, pois o modelo atual de assistência seguiu a lógica norte-americana e prioriza a fragmentação do cuidado²⁶. A qualidade assistencial demanda maior conscientização de gestores de saúde e da sociedade.

O modelo que propomos é estruturado em instâncias leves, ou seja, de custos menores e compostas basicamente pelo cuidado dos profissionais de saúde, todos muito bem treinados, e pela utilização de instrumentos epidemiológicos de rastreamento, além do uso de tecnologias de monitoramento²⁹. É de fundamental importância, sobretudo nos dias de hoje, que as informações dos clientes e seus prontuários eletrônicos estejam disponíveis em nuvem, acessíveis por computador ou celular a qualquer momento e em qualquer lugar, para que médicos e demais profissionais de saúde possam monitorar o cliente quando necessário³⁹.

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 idosos⁴⁰.

Ponto de corte ideal

Neste seguimento, as carteiras de clientes devem ser compostas de indivíduos a partir dos 50 anos. Cedo demais? Nem tanto. Contudo, 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 a partir dos 60 anos.

Mesmo não devendo ser considerados idosos, a epidemiologia mostra que é a partir dessa idade que as doenças crônicas começam a se manifestar. E quanto mais precocemente 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 início aos 55 anos ou aos 60. No Brasil, o envelhecimento humano é estabelecido a partir dos 60 anos de idade¹⁵.

A equipe

Temos como base uma dupla de profissionais: um médico geriatra e um enfermeiro gerontólogo. Eles têm a responsabilidade de acompanhar a saúde de

uma carteira de cerca de 800 clientes. Calcula-se 20 horas de trabalho semanal para o médico e 25 horas para o enfermeiro. O médico faz a gestão clínica; o enfermeiro, com especialização em Gerontologia, atua como gerente de cuidados, monitorando as condições de saúde dos usuários e consolidando o papel de referência por meio do acolhimento e do fortalecimento de vínculo com a família do idoso.

Uma avaliação funcional breve é feita no primeiro contato. Permite um marco zero de monitoramento e serve de parâmetro para o acompanhamento do plano terapêutico entre os diferentes pontos da rede. O gerente de cuidados é responsável pela transição do cuidado entre os serviços e reavalia anualmente, ou sempre que 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, figura criada para orientar os pacientes mais frágeis.

A função do navegador está presente em algumas operadoras dos Estados Unidos e seu papel é central nessa 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 cumpridas³².

Além do geriatra e do enfermeiro, a equipe multidisciplinar é composta por fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista, educador físico e oficinas (profissionais que desenvolvem atividades dinâmicas integrativas 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 modelo 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 especialidades são de áreas nas quais se realizam anualmente exames preventivos de controle, a saber: Cardiologia, Ginecologia, Uro-proctologia, Dermatologia, Fonoaudiologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia (este, aliás, não precisa ser um médico, mas sim um fonoaudiólogo).

A consulta com as especialidades aqui relacionadas 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 especialidade. O mesmo raciocínio ocorre para a hospitalização. Médico e enfermeiro terão a preocupação de entrar em contato com o médico do hospital, para ter conhecimento do caso, preferencialmente atuando para garantir o melhor atendimento com o menor tempo de internação.

O ingresso

A entrada do paciente neste modelo de atendimento dá-se por meio de uma ação denominada acolhimento, que ocorre 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 e didática do modelo e de toda a dinâmica de cuidados diferenciados que serão ofertados para melhorar sua saúde e sua qualidade de vida. A participação do idoso nessa dinâmica deve ser incentivada, porque é essencial para os bons resultados²¹.

Na segunda fase do acolhimento inicia-se o atendimento propriamente dito. Para organizar o acesso aos níveis do modelo, aplica-se um questionário de identificação de risco, o Prisma-7³³. 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. Essa avaliação funcional é realizada em duas fases, utilizando-se dois instrumentos de reconhecida confiabilidade adotados pelos mais importantes grupos de pesquisa em geriatria.

Um deles é o IVCF-20, que avalia oito dimensões: a idade, a autopercepção da saúde, as atividades de vida diária (três instrumentais e uma 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 idoso⁴¹, 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 instrumento⁴².

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 identificação e tratamento apropriado de condições crônicas; com 15 ou mais pontos²⁴, considera-se alto risco de vulnerabilidade ou mesmo fragilidade instalada, que exigem avaliação ampliada, de preferência por equipe especializada em cuidado geriátrico-gerontológico e com suporte psicossocial^{6,10}. O grupo coordenado pelo professor Edgar Moraes^{7,43}, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), disponibilizou on-line o instrumento (<https://sistema.medlogica.com.br/ngIVCF20/ge/standalone/671/646>>).

O outro instrumento é a Escala de Lachs⁴⁴, utilizada após o ICVF-20. Ela detalha alguns tópicos e confere uma robustez maior aos resultados. É 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.

Além da identificação de risco e dos protocolos de rastreio, outros instrumentos epidemiológicos serão utilizados anualmente: Escala de Katz – avalia as atividades de autocuidado na vida diária⁴⁵; Escala de Lawton – avalia atividades instrumentais⁴⁶; Miniavaliação nutricional⁴³; Escala de Tinetti – teste de equilíbrio e marcha⁴⁷; Cartão de Jaeger – avalia a acuidade visual^{48,49}; Miniexame do estado mental – Teste de Folstein⁵⁰; Escala de Yesavage – escala de depressão geriátrica⁵¹.

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 serão coletadas e arquivadas até o fim do percurso assistencial. Após essa avaliação, é definido um plano terapêutico individual com periodicidade de consultas²¹, 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. Deverá também contar com os dados fornecidos pelos 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 modelo (Figura 2).

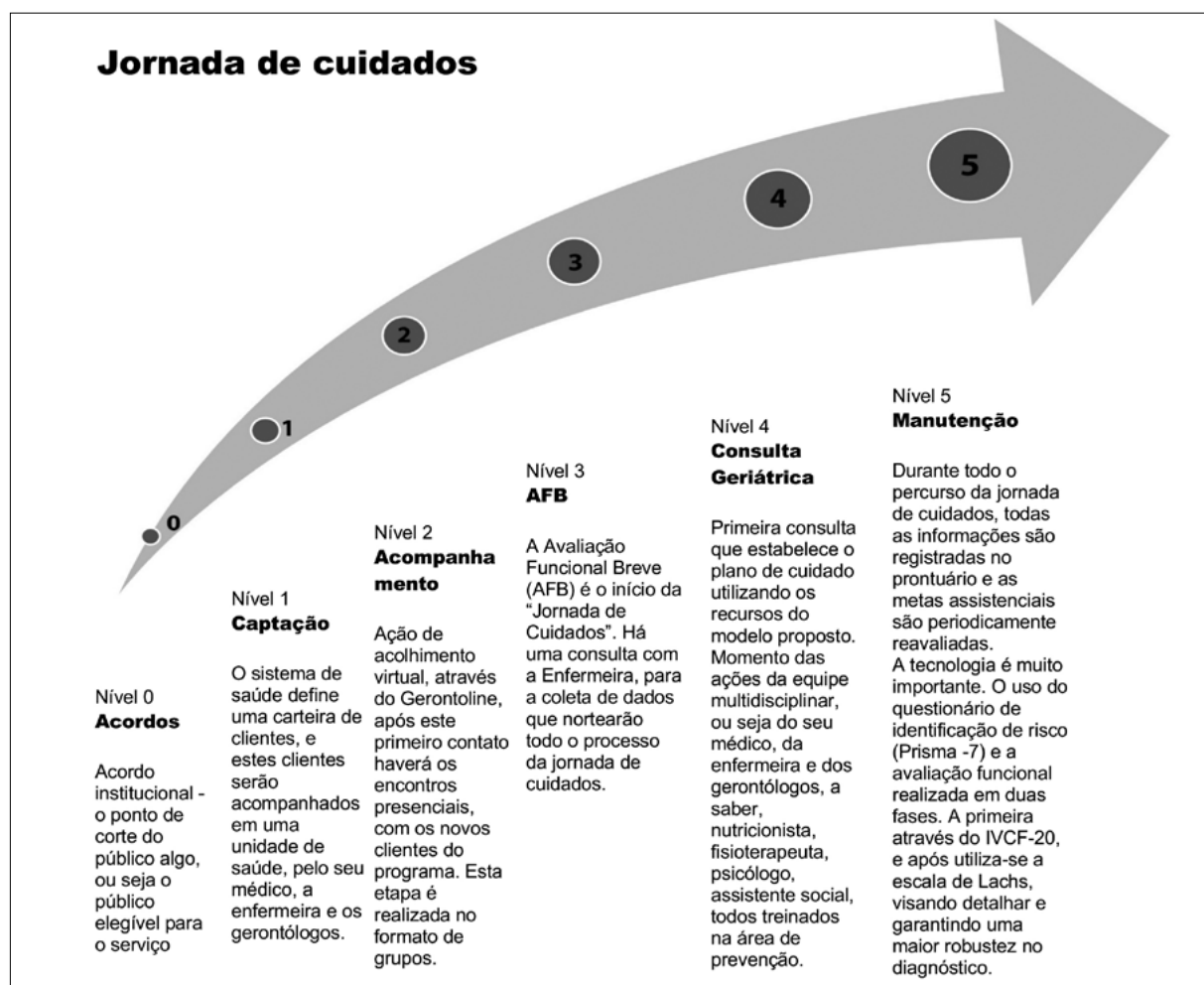


Figura 2. Jornada de cuidados, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023

Fonte: Elaborado pelo pesquisador

A informação sobre todos os procedimentos é fundamental para o monitoramento do cliente⁵.

Um dos principais fatores para controle de custos do programa é o acompanhamento em cada instância de cuidado. Não há lacuna na atenção ao paciente quando este é encaminhado à rede assistencial, quando necessita de cuidados terciários ou atenção em nível hospitalar⁵¹. A transição entre 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 gestão predominante da dupla formada por médico geriatra e enfermeiro.

O controle das hospitalizações ocorre por meio de um fluxo que tem o objetivo de assistir o cliente, garantindo que os responsáveis pelo atendimento conheçam seu histórico clínico e terapêutico, além do entendimento de que essa pessoa tem um acompanhamento frequente e deve retornar para a sua equipe de saúde quando o agravamento clínico for superado⁵².

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, o apoio é dos médicos auditores ou da equipe assistente.

Dessa forma, nos momentos em que o idoso necessita de hospitalização, esta ocorre em tempo menor, evitando procedimentos desnecessários ou internações em unidade intensiva, garantindo direcionamento pós-alta³⁰ para a instância leve, sem necessidade de consulta a vários especialistas⁵³. Tudo converge para uma qualidade assistencial superior, com significativa redução de custos e impacto positivo na sinistralidade⁵⁴.

Tecnologia como diferencial

Um sistema de informação de qualidade superior e tecnologia leve é essencial para auxiliar na fidelização dos clientes. Sem o uso de tecnologia, tal projeto não é viável; e isto requer 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 está tomando.

Outro importante diferencial é a disponibilização de um aplicativo para celular com informações individualizadas 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 nutricionista³⁸, que observará se a alimentação está balanceada, se há fibras em quantidade adequada etc.

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 desse programa. 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, fornecendo uma avaliação integral do indivíduo.

O contexto de pandemia e isolamento social propiciou diversos desafios à prática da medicina. Nesta proposta, pode-se ampliar o contato com o cliente, pois, além dos encontros presenciais, há a incorporação das consultas via telemedicina⁵⁵. 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.

O uso da tecnologia de ponta propicia um estreitamento do contato da equipe de saúde com o cliente e seus familiares. 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.

Além da equipe interdisciplinar que presta atendimento presencial, o modelo conta com uma equipe de médicos e enfermeiros atuando virtualmente. Trata-se do canal de relacionamento GerontoLine, que garante aos usuários uma cobertura em tempo integral. No modo passivo, recebe ligações dos clientes para orientações; no modo ativo, entra em contato periodicamente com os pacientes, mantendo-os no radar de cuidados. Favorecendo essa interação, os profissionais da coordenação de cuidados (on-line) têm acesso às principais informações do histórico de saúde de cada paciente.

O GerontoLine distingue-se dos *call-centers*, tão comuns nos serviços de saúde tradicionais, os quais normalmente operam com pessoas mal preparadas, que abusam do “gerundismo”⁵⁶ e não oferecem nenhum suporte se a pergunta ou dúvida do cliente estiver fora do *script*. No GerontoLine, que funciona 24 horas por dia e em todos os dias da semana, a ligação é atendida por profissionais de saúde treinados e com acesso ao prontuário do paciente – com totais condições, portanto, de resolver problemas.⁵⁶ Havendo necessidade de chamar uma ambulância no meio da noite, esse profissional faz todo o encaminhamento. No caso de uma chamada durante a madrugada, esse atendente passará uma mensagem para o médico, informando o motivo do contato. Assim, logo no início da manhã, o médico pode tomar 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 prontuário⁵⁷, que aborde não apenas as questões clínicas, mas também as

comportamentais, sociais e familiares, pois para esse modelo é necessário que haja uma visão global das demandas do cliente. Outro diferencial são os instrumentos de avaliação epidemiológica – que é feita na primeira consulta e será repetida todo ano ou em período menor, caso haja alguma necessidade extra.

Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)

É um método de avaliação sistemática. Baseia-se no princípio do trabalho interdisciplinar e planejado, visando o tratamento e o acompanhamento a longo prazo. A AGA é um conjunto de técnicas e procedimentos, cuja avaliação abrangente é estruturada aos métodos clássicos não padronizados de avaliação de saúde das diversas especialidades. As dimensões mais utilizadas na AGA referem-se ao estado funcional, saúde mental e funcionamento social.

O estado funcional é a dimensão-base para a avaliação geriátrica. Resume-se na avaliação dos fatores físicos, psicológicos e sociais que afetam a saúde dos pacientes mais idosos e frágeis.

A saúde mental possui duas subdimensões importantes – cognição e humor – que também interagem com a avaliação do estado funcional.

A AGA é considerada o padrão ouro para o manejo da fragilidade do idoso.

A avaliação das atividades de vida diária (banho, uso do vaso sanitário, transferência, continência e alimentação), instrumentais (usar telefone, fazer compras, preparar alimento, controlar medicamentos e finanças) e de 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 individuais⁵⁸.

As atividades médico-sanitárias de educação para saúde podem ampliar seu foco de atenção para dimensões positivas da saúde para além do controle de doenças específicas⁵⁹.

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 cuidado. Hábitos saudáveis (fatores de proteção) incluem alimentação balanceada, prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, atividade ocupacional e ações de bem-estar no campo da nutrição (cozinha para diabetes e osteoporose, por exemplo)⁴⁸.

Centro de convivência

Com o gradativo aumento da população idosa, surgiram alguns programas educacionais voltados principalmente para o lazer. A primeira experiência brasileira de educação para adultos maduros e idosos foi implementada pelo Serviço Social do Comércio (Sesc) com os grupos de convivência. Eles surgiram na década de 1960, com programação elaborada com base em atividades de lazer. Eram assistencialistas, pois não ofereciam instrumentos necessários para as pessoas 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^{60,61}.

Centros semelhantes têm sido criados também pelas operadoras de planos de saúde desde a 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 de saúde voltada para idosos. Publicou-se também uma resolução que incentiva a participação de beneficiários de planos de saúde em programas de envelhecimento ativo, com a possibilidade de descontos nas mensalidades⁶¹.

Em nosso modelo, a criação do centro de convivência está em sintonia com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa⁶². Sua finalidade primordial é recuperar, manter ou promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, assim como o envelhecimento ativo e saudável, com estímulo à participação e ao fortalecimento do convívio social.

O espaço oferece diversas atividades que contribuem para o envelhecimento saudável, o

desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, o fortalecimento dos vínculos familiares, o convívio comunitário e a prevenção de situações de risco social para as pessoas acima de 60 anos⁶³. Além dos exercícios físicos, figuram: treino cognitivo, programas nutricionais⁶⁴, serviços telefônicos, computação, segurança domiciliar, prevenção de quedas, controle de esfíncter, 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 independência⁶⁵.

Envelhecer requer adaptações. Novas aprendizagens são recursos para manter a funcionalidade e a flexibilidade dos idosos⁶⁶. 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 cartas, dominó, xadrez, meditação e viagens turísticas.

Centros de convivência podem prestar serviços de assessoria jurídica, agenciamento de cuidadores e auxílio para permanência domiciliar (suporte nas atividades de vida, assistência remota e entrega de refeições, por exemplo). Para tanto, é fundamental o investimento em cursos para qualificação de cuidadores e na comunicação na rede de cuidados. Ressalta-se 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 nas oficinas, segundo desejo deles e disponibilidade de coordenadores, permite melhor gerenciamento.

Para o planejamento do próprio envelhecimento, chamamos atenção para um questionário (*Time Trade-Off*) que permite uma negociação entre o profissional de saúde e o idoso, considerando risco e prazer. Muitos idosos aposentados se reinserem no mercado de trabalho de forma regular ou eventual, seja por prazer ou necessidade, o que representa complementação de orçamento e estímulo ao contato social. Nos Estados Unidos, muitos se comprometem com trabalhos voluntários.

Os centros também podem acolher discussões importantes para o idoso e seu entorno. Envelhecimento e finitude merecem destaque. Pode-se construir um guia prático, divertido, com antecipação de questões relevantes ao 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, ele acreditava na vida após a morte, vista como uma passagem, a libertação da alma. Para os materialistas, como Epicuro, a vida era finita e ganhava ainda mais valor por isso. Não se vive da mesma maneira quando se acredita em concepções tão diferentes de morte⁶⁷.

A experiência de velhice é heterogênea e multidimensional – um convite, portanto, à singularidade também no plano de cuidados⁶⁸. Qualidade ou funcionalidade do suporte social é mais importante para a adaptação do idoso do que a quantidade de membros da rede e a frequência dos contatos⁶⁹. E a relação entre suporte social e autocuidado reforça essa visão⁵⁴.

Assim, o Centro de Convivência conquista seu espaço, na certeza de que quem trabalha com a perspectiva de respeito às necessidades da pessoa idosa respeita o próprio futuro.

Paralelos

Na linha de cuidado no ciclo da vida humana, a infância e a velhice guardam proximidades. Crianças pequenas, pessoas com doenças crônicas e idosos – todos, enfim, que têm limitada autonomia e independência – requerem atenção especial. Equipamentos coletivos, como creches e centros de convivência, 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, ela 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 fazerem face a 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 efetive-se como exercício de dominação? É preciso administrar bem o espaço de poder presente em qualquer relação e recusar estratégias de dominação. A relação dialógica, o protagonismo dos sujeitos, a negociação e a corresponsabilidade fazem toda a diferença. É preciso discutir 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 próprio idoso: “que nota darei ao dia de hoje?”. Isso aumenta a autoestima, o senso de governabilidade e permite a construção de um plano de cuidados singular a cada dia⁶¹.

Esses espaços podem proporcionar ao idoso motivo para sair regularmente e a oportunidade de contato social. Podem estimular também a formação de uma rede de comunicação em torno do cuidado, 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 suas necessidades e possibilidades também se transformam. 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. Cabe integrar e formar coordenadores de oficinas a partir de propostas de acompanhamento do envelhecimento humano.

No *Berlin Aging Study*⁷⁰, um extenso estudo interdisciplinar realizado entre 1990 e 1993 com 516 idosos de 70 a 100 anos selecionados ao acaso na cidade de Berlim, na Alemanha, 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), além da psicologia.

Em centros de convivência, os estudos de coorte podem contribuir para o conhecimento e a 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^{19,33}. Nesses centros, múltiplas dimensões do cuidado podem ser observadas com atividades lúdicas e instrumentais.

O lugar do cuidado

O grupo de idosos está crescendo e envelhecendo, os *baby-boomers* estão chegando à terceira idade. Cada vez vive-se 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 mistas: individuais e singulares, mas também coletivas.

Por muito tempo, a instituição “creche” suscitou certa estranheza, por ser associada ao orfanato, local onde crianças eram abandonadas⁶¹. 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 à instituição oferece também ritmo e rotina, organizando um pouco sua vida cotidiana. As redes de sociabilidade do idoso podem acontecer em múltiplos espaços: nas praças, nas praias, nos clubes, nas atividades religiosas ou em equipamentos coletivos, como os centros de convivência⁶¹.

A instituição que recebe o idoso, temporariamente ou em longa permanência, pode se relacionar em rede, constituindo espaços de convivência. Acolhendo familiares e idosos externos para atividades junto aos idosos residentes, propicia o convívio e a funcionalidade da rede de apoio⁷¹. Exemplo disso é uma experiência alemã que promove o funcionamento, no mesmo edifício, de um centro de convivência com atividades diárias para idosos, serviço de saúde (ambulatorios e hospital-dia), assistência para permanecer no domicílio e instituição de longa permanência. Prevenir incapacidade e recuperar autonomia com os programas de reabilitação – tudo isso ou algumas combinações dessas formas de cuidados no mesmo edifício – são ações que ampliam o rol de possibilidades. O quase velho, o jovem velho ou o muito velho experimentam situações aproximadas que muitas vezes antecipam diferentes estágios de limitações na sua funcionalidade. Multiplicam-se também os recursos e as soluções, mesmo porque a autonomia e a independência, nessa fase, transformam-se⁷².

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 e a comensalidade, por exemplo, valorizam o idoso, conferindo-lhe um espaço de importância e trazendo motivação. O cultivo dos vínculos, da capacidade de prestar atenção uns nos outros, é consequência natural dessa prática.

O berço deste modelo

Um exemplo da proposta aqui apresentada foi desenvolvida dentro da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI/UERJ), instituição criada há 29 anos e reconhecida nacionalmente como um dos mais importantes programas de saúde voltados para adultos maduros e idosos⁷³. É uma iniciativa que também ganhou prêmios internacionais e conta com o aval da Organização Mundial de Saúde. A UnATI/UERJ é um centro de estudos, ensino,

debates, pesquisas e assistência voltado para questões inerentes ao envelhecimento, que vem contribuindo para a transformação do pensamento da sociedade brasileira sobre seus idosos.

É preciso construir algo inovador e de qualidade, pois o modelo atual, já defasado, somente perpetuará o mau atendimento e a crise da saúde – particularmente para o idoso, que é o grupo etário de maior demanda e custo.

CONCLUSÃO

Nos últimos anos, 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), a tendência que percebo é o desejo – mas também a necessidade – de consolidar a estruturação dos modelos assistenciais para idosos.

Na maioria das vezes, recebo comentários elogiosos, quase sempre acompanhados de uma observação: “o que você escreve é tão óbvio que talvez por isso seja tão difícil efetivar essas ideias”. Tendo a concordar.

E é por entender que as mudanças, a cada ano que passa, são mais e mais necessárias, que continuo insistindo em levar essa reflexão ao público acadêmico e formador de opinião do setor de saúde, pois ainda precisamos de mais uma dose do remédio que, espero, levará à cura do nosso modelo assistencial.

O envelhecimento da população gera novas demandas e desafia 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. As transformações sociais e econômicas das últimas décadas, suas conseqüentes alterações no comportamento das sociedades contemporâneas – mudança de 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 são um sério problema de saúde pública. Não é possível atender o público idoso de forma satisfatória ignorando que essa parcela da sociedade necessita de uma assistência diferenciada. Por isso, é imperativo repensar o modelo atual.

Quando se observa o orçamento da Saúde, de maneira geral, verifica-se que quase a totalidade dos recursos é aplicada em hospitais e aparelhagens para exames complementares. A sociedade e os profissionais de saúde seguem, em regra, uma lógica fundamentada na instituição hospitalar – entendem apenas de tratar da doença, não de evitar seu surgimento.

O modelo ideal de atenção ao idoso deve ter como foco a identificação de riscos potenciais. Ao se monitorar a saúde em vez da doença, direciona-se o investimento 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. Como já supracitado: é essencial que os anos adicionais sejam vividos com qualidade, dignidade e bem-estar.

Em suma, mister se faz viabilizar a melhor assistência para o público idoso, torná-la sustentável e transformar não apenas o cuidado voltado para esse segmento, mas para o sistema de saúde como um todo.

Um jeito diferente e inovador de cuidar da saúde e proporcionar qualidade de vida aos usuários – seja no SUS ou no setor privado – envolve a utilização de pessoal qualificado e bem preparado, integração do cuidado e tecnologia de informação bem aplicada. É assim que devem funcionar os modelos contemporâneos e resolutivos recomendados pelos mais importantes organismos nacionais e internacionais de saúde. É o que se deseja para o futuro próximo.

Editado por: Luiz Antonio Costa Tarcitano

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev. Saúde Pública.* 1987;21(3):200-10.
2. Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Rev. Saúde Pública.* 1987;21(3):211-24.
3. Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. *Rev. Saúde Pública.* 1987;21(3):225-33.
4. Pedro WJA. Reflexões sobre a promoção do Envelhecimento Ativo. *Rev. Kairós.* 2013;16(3):1-24. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2013v16i3p9-32>. Acesso em: 10 nov. 2021.
5. Antônio M. Envelhecimento ativo e a indústria da perfeição. *Saúde Soc.* 2020;29(1):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190967>. Acesso em: 15 nov. 2021.
6. São José J, Teixeira AN. Envelhecimento Ativo: contributo para uma discussão crítica. *Anál. Soc.* 2014;49(210):28-54. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/23722984>. Acesso em: 20 nov. 2021.
7. Veras RP, Estevan AA. Modelo de atenção à saúde do idoso: a ênfase sobre o primeiro nível de atenção. In: Lozer AC, Leles FAG, Coelho KSC. (org). *Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar.* Brasília, DF: OPAS; 2015, p.73-84.
8. Moraes EN, Moraes FL. Avaliação Multidimensional do Idoso. Belo Horizonte: Folium, 2014. 118p.
9. Szwarcwald CL, Giseli ND, Paulo RBS, Wanessa SA, Deborah CM. Percepção da população brasileira sobre a assistência prestada pelo médico. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016;21(2):339-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.19332015>.
10. Schimidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet.* 2011;6736(11):60135-139.
11. Carvalho VKS, Marques CP, Silva ENA. Contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016;21(9):2773-2784. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.17362016>. Acesso em: 12 nov. 2021
12. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO; 2011.
13. Veras RP, Oliveira M. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 1987;19(6):887-905, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160205>. Acesso em: 01 nov. 2021.
14. Veras RPA. Contemporary care model for older adults should seek coordinated care, grater quality and the reduction of costs. *Int. J. Fam. Community Med.* 2019b set 20;3(5):210-14.
15. Lima KC, Caldas CP, Veras RP, Correa RF, Bonfada D, Souza DLB, Jerez-Roig J. Health Promotion and Education: a study of the effectiveness of programs focusing on the aging process. *Int. J. Health Serv., Westport.* 2017;47(3):550-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/00207314166660965>. Acesso em: 16 nov. 2021.
16. Veras RP. New model of health care improve quality and reduce costs. *MOJ Gerontol. Geriatr.* 2019a;4(4):117-20.
17. Caldas CP, Veras RP, Motta LB, Guerra ACLC, Trocado CVM. Atendimento de emergência e suas interfaces: o cuidado de curta duração a idosos. *J. Bras. Econ. Saúde, São Paulo.* 2015;7(1):62-69.
18. Veras RP. O modelo assistencial contemporâneo e inovador para os idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol., Rio de Janeiro.* 2020b;23(1):9-19, Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200061>. Acesso em: 07 nov. 2021.
19. Veras RP. Coordination of care: a contemporary care model for the older age group. *MOJ Gerontol. Geriatr.* 2020a;5(2):50-53.
20. Veras RP. Caring Senior: um modelo brasileiro de saúde com ênfase nas instâncias leves de cuidado. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro.* 2018b;21(3):1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180100>. Acesso em: 01 nov. 2021.
21. Moraes EN, (org.) *Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia.* Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 700p.
22. Veras RP, Caldas CP, Motta LB, Lima KC, Siqueira RC, Rodrigues RTSV, Santos LMAM, Guerra ACLC. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Rev. Saúde Pública.* 2014;48(2):357-65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004941>. Acesso em: 08 nov. 2021.

23. Caetano G. Repensando a saúde. Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. (Michael E. Porter & Elizabeth Olmsted Teisberg. Tradução de Cristina Bazan). Porto Alegre: Bookman. ROC. 2007;3(6):236-38.
24. 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. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00072015>. Acesso em: 07 nov. 2021.
25. Tanaka OY, Oliveira VE. Reforma (s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Saúde Soc*. 2007;16(1):7-17.
26. Oliveira M et al. 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. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400016>. Acesso em: 01 nov. 2021.
27. Geyman JP. Disease management: panacea, another false hope, or something in between. *Ann. Fam. Med.*, Leawood 2007;5(3):257-60.
28. Oliveira M, Silveira DP, Neves R, Veras RV, Estrella K, Assalim VM et al. Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor. Rio de Janeiro: ANS, 2016.
29. Porter ME, Teisberg EO. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Artmed; 2009. 432p.
30. Lima KC, Veras RP, Caldas CP, Motta LB, Bonfada D, Marquiony MS et al. Effectiveness of intervention programs in primary care for the robust elderly. *Salud Pública México*. 2015;57(3):265-74.
31. Lima-Costa MF, Andrade FB, Souza Jr PRB, Neri AL, Duarte YAO, Castro-Costa E et al. The Brazilian longitudinal study of aging (ELSI-Brazil): objectives and design. *Am. J. Epidemiol*, Tokio, 2018;187(7): 1345-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/aje/kwx387>. Acesso em: 19 nov. 2021.
32. Veras RP, Gomes JAC, Macedo STA. coordenação de cuidados amplia a qualidade assistencial e reduz custos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2019;22,(2):1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190073> Acesso em: 05 nov. 2021.
33. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental State". A practical Method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr. Res.*, Oxford, 1975 12(3):189-98.
34. Lima-Costa MF, Veras RP. Saúde pública e envelhecimento [editorial]. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2003;19(3):700-701. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300001>. Acesso em: 02 dez 2021.
35. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Noronha KVMS. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*, London, 2019;394(10195):345-56. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7). Acesso em: 11 nov. 2021.
36. 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*, London, 2014;43(6):744-47. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afu138>. Acesso em: 01 nov. 2021.
37. Veras RP. The Current Challenges of Health Care for the Elderly. *J. Gerontol. Geriatr. Res.*, Los Angeles, 2015b;4(3):1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.4172/2167-7182.1000223>. Acesso em: 02 dez. 2021.
38. Machado RSP, Coelho MASC, Veras RP. Validity of the portuguese version of the mini nutritional assessment in brazilian elderly. *BMC Geriatr.*, London, 2015;15:1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0129-6>. Acesso em: 01 nov. 2021.
39. Veras RP. An Innovative Healthcare Model for the Elderly in Brazil: Care Coordination Extends Care Quality and Reduces Costs. *Int. J. Intern. Med. Geriatr.*, [s. l.], 2019c;1(2):33-42.
40. 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*, São Paulo, 2018;10(2):198-202. Disponível em: <https://doi.org/10.21115/JBES.v10.n2.p198-202>. Acesso em: 01 dez. 2021.
41. Chultz MB, Kane AE, Mitchell SJ, MacArthur MR, Warner E, Mitchell JR et al. Age and life expectancy clocks based on machine learning analysis of mouse frailty. *Nat. Commun.*, London, 2020;11 (4618):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41467-020-18446-0>. Acesso em: 17 nov. 2021.
42. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília, DF: OPAS, 2012. 98p.
43. Rubenstein LZ et al. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J. Gerontol. Ser. A Biol. Sci. Med. Sci.*, Washington, 2001;56(6):366-77. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/gerona/56.6.M366>. Acesso em: 01 nov. 2021.

44. Lachs MS, Feinstein AR, Cooney Jr LM, Drickamer MA, Marottoli RA, Pannill FC et al. A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. *Ann. Intern. Med.*, Philadelphia, 1990;112(9):699-706. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-112-9-699>. Acesso em: 10 nov. 2021.
45. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, Chicago, 1963;185(12):914-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>. Acesso em: 12 nov. 2021.
46. Aguiar CF, Assis M. Perfil de mulheres idosas segundo a ocorrência de quedas: estudo de demanda no Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/ UERJ. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* Rio de Janeiro, 2009;12(3):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2009.00007>. Acesso em: 20 nov. 2021.
47. Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J. Am. Geriatr. Soc.*, New York, 1986;34(2):119-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1986.tb05480.x>. Acesso em: 25 nov. 2021.
48. Abicalaffe CL. Pay For Performance Program for Brazilian Private Health Plan. How to Implement and Measure. In: *ISPOR*, 13., 2008, Toronto. Anais [...]: Toronto: ISPOR, p. 1-10, 2008.
49. Costa ALFA, Santos VR. Da visão à cidadania: tipos de tabelas de avaliação funcional da leitura na educação especial. *Rev. Bras. Oftalmol.*, Rio de Janeiro, 2018;77(5):269-302. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0034-7280.20180065>. Acesso em: 01 dez 2021.
50. Nitrini R, Scaff M. Testes neuropsicológicos de aplicação simples para o diagnóstico de demência. *Arq. Neuropsiquiatr.*, São Paulo, 1994;52(4) 1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000400001>. Acesso em: 16 nov. 2021.
51. 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.*, [s. l.] 1992;17(1):37-49. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4). Acesso em: 05 nov. 2021.
52. 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*, Rio de Janeiro, 2017;51:1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006646>. Acesso em: 02 dez 2021.
53. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2003;19(3):735-43.
54. Veras RP. Bem Cuidado: um modelo integrado com ênfase nas instâncias leves de cuidado. Rio de Janeiro: ANS, 2018a. 51p.
55. Guerra ACLC, Caldas CP. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciênc. Saúde Colet.* Rio de Janeiro, 2010;15(6):2931-940.
56. 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*, New York, 2014;2(5):447-53. Disponível em: <https://doi.org/10.11648/j.sjph.20140205.21>. Acesso em: 01 nov.2021.
57. Alves JED, Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo. *Rev. Longevidad.* São Paulo, 2019;1(3):1-5. Disponível em: <https://revistalongevidad.com.br/index.php/revistaportal/article/view/787/842>. Acesso em: 03 nov. 2021.
58. Ramos LR, Tavares NUL, Bertoldi AD, Farias MR, Oliveira MA, Luiza VL, et al. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. *Rev Saude Publica.* 2016;50(supl 2):9s. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006145>. Acesso em: 23 nov. 2021.
59. Maia LC, Colares FB, Moraes EN, Costa SM, Caldeira AP. Idosos robustos na atenção primária: fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido. *Rev. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2020;54:1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001735>. Acesso em: 25 nov. 2021.
60. Cachioni M. Universidades da terceira idade: das origens à experiência brasileira. In: Neri AL, Debert GG. (org). *Velhice e Sociedade*. Campinas: Papirus, p. 141-178, 1999.
61. Ramos LR, Andreoni S, Coelho-Filho JM, Lima-Costa MF, Matos DL, Rebouças M, Veras RP. Perguntas mínimas para rastrear dependência em atividades da vida diária em idosos. *Rev. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2013;47(3):506-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004325>. Acesso em: 10 nov. 2021.
62. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2006.

63. d'Orsi E, Xavier AJ, Ramos LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo epidioso. *Rev. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2011;45(4):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011000400007>. Acesso em: 01 nov. 2021.
64. David HMSL, Riera JRM, Mallebrera AH, Costa MFL. A enfermeira gestora de casos na Espanha: enfrentando o desafio da cronicidade por meio de uma prática integral. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 2020;25(1):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29272019>. Acesso em: 26 nov. 2021.
65. Veras RP, Caldas CP, Cordeiro HA. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. *Physis*, Rio de Janeiro, 2013;23(4):1189-213. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000400009>. Acesso em: 05 nov. 2021.
66. Moura MMD, Veras RP. Acompanhamento do envelhecimento humano em centro de convivência. *Physis*, Rio de Janeiro, 2017;27(1):19-39. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000100002>. Acesso em: 23 nov. 2021.
67. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 2018;23(6):1929-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>.
68. Veras RP, Galdino AL. *Caring Senior Modelo Assistencial Contemporâneo: Coordenação de cuidado, ampliação da qualidade e redução de custos*. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2021.
69. 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*, Rio de Janeiro, 2017;51(suppl 1):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000243>. Acesso em: 25 nov. 2021.
70. Baltes PB, Mayer KU, Helmchen H, Steinhagen-Thiessen E. The Berlin Aging Study (BASE): Overview and Design". *Ageing Soc.*, Cambridge, 2008;13(4):483-515. Disponível em: [doi:10.1017/S0144686X00001343](https://doi.org/10.1017/S0144686X00001343). Acesso em: 05 nov. 2021.
71. Veras RP. Garantir a saúde e o bem-estar dos idosos: desafios de hoje e amanhã. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2015a;18(3):473-74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.0146>. Acesso em: 01 nov. 2021.
72. Giacomini KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2008;24(6):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600007>. Acesso em: 05 dez. 2021.
73. Oliveira M, Veras RP, Cordeiro HA. A importância da porta de entrada no sistema: o modelo integral de cuidado para o idoso. *Physis*, Rio de Janeiro, 2018;28(4):7-18.