



Pessoa idosa bem-Cuidada: a tecnologia com ênfase nas instâncias leves de cuidado

Well-cared for older adults: technology with an emphasis on low-complexity care

Renato Peixoto Veras¹ 

Resumo

Os modelos de cuidados integrados visam resolver o problema das ações fragmentadas e mal coordenadas nos atuais sistemas de saúde. Propomos que esses modelos sejam centrados no paciente, fornecendo cuidados contínuos e coordenados e considerando as necessidades do cliente. Um maior conhecimento da história do paciente entre os profissionais de saúde leva a melhores resultados. É assim que funcionam os modelos contemporâneos e resolutivos de cuidados recomendados pelas mais importantes agências de saúde nacionais e internacionais. Os atuais modelos de cuidados decorrem de um momento em que o Brasil era um país de jovens e doenças agudas. A busca de um modelo de cuidados de qualidade superior, mais eficiente e econômico não é apenas um fenômeno brasileiro. O mundo inteiro está debatendo o problema, reconhecendo a necessidade de mudança e propondo melhorias em seus sistemas de saúde. O mesmo ocorre no Brasil. Defendemos uma lógica que priorize intervenções de baixa intensidade e acompanhamento constante, com o médico responsável por uma carteira de clientes que o acompanha durante as diferentes configurações de cuidados. O modelo apresentado propõe tratamento médico integrado, fluxo de ações educativas, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de doença, intervenção de cuidados precoces. É hora de mudar e inovar. Não custa lembrar que a pessoa idosa tem doenças crônicas e tais doenças não se curam. O papel do profissional de saúde é postergar e estabilizar a doença. 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 à população idosa deve ocorrer 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: Cuidados. Idoso. Tecnologia. Instâncias Leves.

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Núcleo de Envelhecimento Humano – UERJ/NucEH/UnATI. 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: 16/06/2025
Aprovado: 25/07/2025

Abstract

Integrated care models aim to solve the problem of fragmented, poorly coordinated actions in current health systems. We propose these models be patient-centred, providing continuous, coordinated care with a focus on client needs. Greater knowledge of the patient history among health professionals leads to better outcomes. This is how contemporary, resolute care models recommended by the leading national and international health agencies work. Current care models are rooted in a time when Brazil was a country with a younger population and acute diseases. The search for a higher quality, more efficient and economical care model is not just a Brazilian phenomenon. The entire world is debating the problem, recognizing the need for change and proposing improvements in their health systems. The same shift can be seen in Brazil. We advocate a logic that prioritizes low-intensity interventions and constant monitoring, with the doctor responsible for a portfolio of clients, accompanying them throughout the different care settings. The model presented proposes integrated medical treatment, a flow of educational actions, health promotion, disease prevention, delayed disease onset, and early care intervention. It is time to change and innovate. We must recognize that the older population develop chronic diseases that are incurable. The role of the health professional is to delay and stabilize these diseases. Based on this analysis, we argue that care provision to the older population should be rethought, with increased emphasis on actions targeting disease prevention and health promotion. Also, the judicious application of technology for consultations, monitoring, preventive measures and care coordination is proposed. Care for the older population should focus on delivering low-complexity care, thereby minimizing wastefulness, ensuring rational use of health system resources, and valorising the professionals involved.

Keywords: Care. Older adult. Technology. Low-complexity.

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 se permitam inovar, por meio do resgate de cuidados e valores mais simples, os quais se perderam dentro do nosso sistema de saúde.

Na atualidade, chegar aos 80, 90 anos de idade 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 custo elevados¹.

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 a pessoa idosa, 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 a população idosa, 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.

Os pilares da nova estrutura

Uma importante característica da pessoa idosa é sua heterogeneidade. O mesmo subgrupo populacional é composto por indivíduos hígidos e autônomos quanto por aqueles com dificuldades para realizar as atividades básicas do cotidiano, como tomar banho sozinho ou alimentar-se.

A atual prestação de serviços de saúde fragmenta a atenção a este grupo, com multiplicação de consultas de especialistas, inúmeros fármacos, exames e outros procedimentos. Sobrecarrega o sistema, provoca forte impacto financeiro em todos os níveis e não gera benefícios significativos para a qualidade de vida. Assim, a mudança do modelo de assistência à saúde dessa população demanda a formulação de concepções de cuidado que sejam capazes de abarcar as diferenças nas condições de saúde da pessoa idosas, respeitando suas especificidades e peculiaridades, reduzindo também os impactos financeiros para a sociedade.

Como consequência de uma população mais envelhecida, a promoção e a educação em saúde, a prevenção e o retardamento de doenças e fragilidade, a manutenção da independência e da autonomia são iniciativas que devem ser ampliadas. Só assim será possível assegurar mais qualidade de vida às pessoas idosas e bem-estar à população na totalidade².

Este artigo é fundamentado em literatura científica nacional e internacional, experiências institucionais consolidadas e análise crítica da estrutura assistencial vigente para a pessoa idosa no Brasil.

O modelo que defendemos propõe uma reorganização do cuidado que já demonstrou ser muito mais eficaz e de menor custo para o sistema de saúde. Dignifica, em síntese, fazer o necessário, de forma correta, com foco no elemento mais importante de todo processo: o próprio paciente.

A transição demográfica

Todas as projeções demográficas feitas na década de 1980 sobre o crescimento do grupo etário de pessoas idosas se confirmaram. Se houve algum erro, foi por subestimação^{1,4}.

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 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 à permanência ativa no mercado laboral. Por último, a necessidade da existência de algum sistema de proteção social que garanta um nível adequado de segurança socioeconômica, sem o qual não será possível garantir nem a saúde, nem a participação da população.

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 pessoas idosas. 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 os 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 pessoas idosas 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 deste grupo no mundo alcançará patamares jamais vistos na história. O caso brasileiro não é muito diferente, mas no nosso processo de envelhecimento populacional é mais robusto, com percentuais de pessoas idosas bem acima dos percentuais globais. Do ponto de vista demográfico, esse é um tema de crucial importância, já que os países ricos registram crescimento etário gradual ao longo de todo o século XX e, com seu poderio econômico, tiveram muito mais tempo para oferecer a essa 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 crônicas, que exigem acompanhamento constante e cuidados permanentes, gerando impacto econômico para a sociedade em função da demanda crescente. As internações hospitalares dessa população 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 com 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 pessoas idosas, 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 a 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, é preciso requalificar pessoas idosas, 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, em 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.

A relação entre doença crônica e modelo assistencial é central para compreender os desafios

atuais da saúde no Brasil. 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 DCNTs⁴.

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 evitáveis. Como a despesa com cuidados relativos a essas doenças sobe em todo o mundo, elas ocupam proporções cada vez maiores nos orçamentos públicos e privados⁵.

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 existam muitos “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 polimedicção. Além disso, pode haver fatores adicionais, como idade avançada, viver sozinho ou com pouco apoio familiar e episódios de quedas, entre outros⁶.

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 de 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 medicamento.

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 continua 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. Lembramos que doença crônica não se cura, mas podemos estabilizar e/ou postergar.

A mudança necessária no modelo assistencial brasileiro se impõe diante da transição demográfica e da melhoria dos indicadores sociais e econômicos do país, em comparação com décadas anteriores, que trouxeram o crescimento do contingente de pessoas idosas e uma maior pressão fiscal sobre os sistemas de saúde público e privado. Se essa parcela da população aumenta, ampliam-se naturalmente as doenças crônicas e os gastos. E 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. 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 homens⁷.

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, a médio e a longo prazo, poderá reduzir internações e outros procedimentos de muito maior custo⁸.

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 este público 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 médico⁹.

Um modelo contemporâneo de saúde da pessoa idosa precisa reunir um fluxo de ações de educação, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos¹⁰. Ou seja, uma linha de cuidado à pessoa idosa 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? Já ultrapassamos a fase das novidades e dos clichês bastante conhecidos e atualmente aceitos por todos, até mesmo por aqueles que não praticam. É algo louvável falar dos marcos teóricos ou das políticas, cujo objetivo é 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^{11,12}. Mas, o passo adiante precisa ser dado¹³.

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 das pessoas idosas 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 se 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 custos, têm menor desperdício e melhores resultados assistências para os pacientes.

Outra questão: existe a compreensão geral de que o cuidado da pessoa idosa 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”.

Quanto ao modelo de remuneração dos profissionais de saúde, por que não incluir o desempenho como forma de remuneração? Associar resultados à forma de remuneração é um poderoso instrumento indutor de qualidade assistencial. Destarte, a mudança do modelo de remuneração a partir desse novo marco de assistência, focado no resultado e não no volume, é um modelo em que todos os envolvidos (profissionais e operadoras de saúde) passarão a ser beneficiados, principalmente os próprios pacientes.

Para pôr em prática todas as ações necessárias a um envelhecimento saudável e com qualidade de vida, é preciso repensar e redesenhar o cuidado à pessoa idosa, 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^{7,14}.

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 doenças. Assim, uma avaliação geriátrica eficiente e completa, a custos razoáveis, torna-se cada vez mais premente. Seus objetivos são o diagnóstico precoce de problemas de saúde e 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 da pessoa idosa¹⁵.

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 modalidade mais contemporânea de cuidar. Aliás, a “invenção” do moderno hospital é algo recente, pois até bem pouco tempo atrás o cuidado dava-se na residência¹⁶.

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 da pessoa idosa 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^{10,17}.

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), bem como 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 distintos¹⁷.

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 atividades¹⁰.

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 da pessoa idosa, mas avaliar sistematicamente toda a população idosa utilizando escalas longas e abrangentes não é o ideal. Há uma série de instrumentos para a organização da porta de entrada do sistema de saúde validados e traduzidos para o português¹⁸.

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, as quais representam hoje um sério problema de saúde pública²⁰. O que aqui se apresenta é fazer o necessário e de forma correta, com foco no elemento mais importante de todo processo: o próprio paciente²¹. A atenção deve ser organizada de maneira integrada e os cuidados precisam ser coordenados ao longo do

percurso assistencial, em uma lógica de rede^{10,19}. 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 intervenção²¹.

É necessário obter melhores resultados assistências 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 todo⁹. Os efeitos dessa mudança de modelo serão percebidos de imediato pelos usuários. E a transformação de 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 85% a 95% dos seus pacientes, sem necessidade da ação de um médico especialista. Além disso, esse médico pode utilizar profissionais de saúde com formações específicas (em Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia), mas é o generalista quem faz a indicação e o encaminhamento.

O modelo inglês, o *National Health Service* (NHS), tem como figura central o médico generalista de alta capacidade resolutiva, o chamado *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 ou, de uma forma jocosa, domina apenas um órgão. O GP 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

SUS²². 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 ali²³. 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 distintos²⁴.

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 assistencial²⁴ onde, naturalmente, as despesas em cuidados de saúde são mais volumosas do que nos países em desenvolvimento^{15,22}.

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.

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 cuidado^{25,26}. 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 necessário²⁷.

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% de pessoas idosas²⁸.

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 da pessoa idosa.

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. Consoante 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 cumpridas².

Além do Geriatra e do enfermeiro, a equipe multidisciplinar é composta por fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista, educador físico e oficinairos (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. A informação sobre todos os procedimentos é fundamental para o monitoramento do cliente.

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 âmbito hospitalar²⁹. 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 quando o agravamento clínico for superado³⁰.

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 a pessoa idosa necessita de hospitalização, esta ocorre em tempo menor, evitando procedimentos desnecessários ou internações em unidade intensiva, garantindo direcionamento pós-alta para a instância leve, sem necessidade de consulta a vários especialistas. Tudo converge para uma qualidade assistencial superior, com significativa redução de custos e impacto positivo na sinistralidade³¹.

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 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 cliente, é um dos pilares deste 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 telemedicina³². O objetivo não é substituir a consulta presencial, mas flexibilizar e facilitar os horários e dias de consulta, já que médico (ou enfermeiro) 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 tradicionais mal preparadas, que abusam do “gerundismo”³⁶ 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 todas as condições, portanto, de resolver problemas³³. 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 prontuário³⁴, que aborde não apenas as questões clínicas, mas também as comportamentais, sociais e familiares, pois, para esse modelo, mister se faz considerar 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.

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 pessoas idosas 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^{35,36}.

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 Pessoas idosas na Saúde Suplementar. O documento propõe incentivos para estimular a mudança da lógica de assistência, criando espaços para a promoção de saúde voltada para pessoas idosas. Publicou-se também uma resolução que incentiva a participação de beneficiários de planos de saúde e programas de envelhecimento ativo, com a possibilidade de descontos nas mensalidades³⁸.

Em nosso modelo, a criação do centro de convivência está em sintonia com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Sua finalidade primordial é recuperar, manter ou promover a autonomia e a independência das pessoas idosas, 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 anos³⁹. Além dos exercícios físicos, figuram: treino cognitivo, programas nutricionais, 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 independência¹⁴.

Envelhecer requer adaptações. Novas aprendizagens são recursos para manter a funcionalidade e a flexibilidade das pessoas idosas³⁰. Atividades artísticas, culturais e de recreação são tradicionalmente vinculadas a espaços de convivência para esses indivíduos 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, 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 à 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 desse grupo nas oficinas, segundo o desejo deles e a disponibilidade de coordenadores, permite melhor gerenciamento.

O lugar do cuidado

O grupo de pessoas idosas 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 abandonadas³⁵. Instituições que cuidem de pessoas idosas durante algumas horas do dia, como o centro de convivência, podem guardar também parentesco indesejável como 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 da pessoa idosa. Pessoas idosas 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 da pessoa idosa podem acontecer em múltiplos espaços: nas praças, nas praias, nos clubes, nas atividades religiosas ou em equipamentos coletivos, como os centros de convivência³⁶.

A instituição que recebe a pessoa idosa, temporariamente ou em longa permanência, pode se relacionar em rede, constituindo espaços de convivência. Acolhendo familiares e pessoas idosas

externas para atividades junto aos que lá residem, propicia o convívio e a funcionalidade da rede de apoio^{1,15}. Exemplo disso é uma experiência alemã que promove o funcionamento, no mesmo edifício, de um centro de convivência com atividades diárias para pessoas idosas, serviço de saúde (ambulatórios 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-se³⁸.

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 indivíduo 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 a pessoa idosa, 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 do Núcleo do Envelhecimento Humano – NucEH/UERJ, instituição criada há 32 anos e reconhecida nacionalmente como um dos mais importantes programas de saúde voltados para adultos maduros e pessoas idosas. É uma iniciativa que também ganhou prêmios internacionais e conta com o aval da Organização Mundial de Saúde. O NucEH 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 as pessoas idosas, grupo etário de maior demanda e custo.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Uso de dados não informado. Nenhum dado de pesquisa gerado ou utilizado.

CONCLUSÃO

Nos últimos anos, tenho me dedicado ao estudo do cuidado integral à pessoa idosa e ao aperfeiçoamento dos modelos assistenciais. Na condição de diretor do Núcleo do Envelhecimento Humano – NucEH/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 pessoas idosas.

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 de remédio que, espero, levará à cura do 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 consequentes alterações no comportamento das sociedades contemporâneas – mudança de hábitos alimentares, aumento 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 60+ 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 à pessoa idosa 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 a população idosa, 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 Sistema Único de Saúde 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 Tarcitano

REFERÊNCIAS

- Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev. Saúde Pública*. 1987;21(3):200-10.
- 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.
- 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.
- 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.
- Moraes EN, Moraes FL. Avaliação Multidimensional do Idoso. Belo Horizonte: Folium, 2014. 118p.
- Schmidt 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.
- 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*. 016;21(9):2773-2784. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.17362016>. Acesso em: 12 nov. 2021
- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO; 2011.
- 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.
- 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/10.1177/0020731416660965>. Acesso em: 16 nov. 2021.
- Veras RP. New model of health care improve quality and reduce costs. *MOJ Gerontol. Geriatr*. 2019a;4(4):117-20.
- 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.
- 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.
- Veras RP. Caring Senior: um modelo brasileiro de saúde com ênfase nas instâncias leves de cuidado. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(3):1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180100>. Acesso em: 01 nov. 2021.
- Moraes EN, organizador. *Princípios básicos de geriatria e gerontologia*. Belo Horizonte: Coopmed; 2008.
- 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.
- 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.
- 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.
- Porter ME, Teisberg EO. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Artmed; 2009. 432p.
- 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.
- 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.
- 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.

23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. Veras RP. Bem Cuidado: um modelo integrado com ênfase nas instâncias leves de cuidado. Rio de Janeiro: ANS, 2018a. 51p.
31. 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.
32. 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.
33. Alves JED, Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo. *Rev. Longeviver*, São Paulo, 2019;1(3):1-5. Disponível em: <https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/view/787/842>. Acesso em: 03 nov. 2021.
34. 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.
35. 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.
36. 36. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2006.
37. 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.
38. 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.
39. 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.