
1º PRÊMIO ANS: CONCURSO DE MONOGRAFIA SOBRE SAÚDE SUPLEMENTAR

Tema 2 - Regulação Assistencial na Saúde Suplementar

Menção Honrosa

Bem Cuidado: um modelo integrado com ênfase nas instâncias leves de cuidado.

Autor:

Renato Peixoto Veras

**1º. PRÊMIO ANS: CONCURSO DE MONOGRAFIA SOBRE
SAÚDE SUPLEMENTAR**

TEMA: REGULAÇÃO ASSISTENCIAL NA SAÚDE SUPLEMENTAR

**Bem Cuidado: um modelo integrado com ênfase nas
instâncias leves de cuidado**

Resumo

Estudos de gestão de saúde para idosos são prioritários, devido ao aumento da população neste segmento etário, pelo fato de as doenças serem crônicas e múltiplas e pelo alto custo financeiro. Este texto tem como objetivo principal discutir um modelo assistencial que seja mais eficiente e resolutivo, e que seja menos custoso, de modo que os idosos tenham condições de pagar por ele. No entanto, este estudo apresenta uma limitação, pois ao trabalhar com o grupo etário dos idosos, que já são 28 milhões de pessoas no Brasil, sabe-se que eles não formam um grupo homogêneo. Há idosos saudáveis, ricos e os moradores em áreas rurais, que são uma minoria. Além do tamanho deste grupo, há inúmeras diferenças nas crenças, valores, participação social entre outros elementos; portanto os idosos não são todos iguais e os resultados são uma aproximação para a elaboração de políticas de saúde. Este estudo é fundamentado nos trabalhos e pesquisas realizados há mais de vinte anos em uma universidade aberta para a terceira idade, e também em documentos de organismos nacionais e internacionais relacionados com o tema “Saúde e Envelhecimento”. O estudo propõe uma reorientação do modelo assistencial, um cuidado mais global, valorizando a qualidade de vida, numa lógica que priorize intervenções de baixa intensidade e monitoramento constante, com um médico responsável por uma carteira de clientes e acompanhando cada um nas diferentes configurações de cuidados. Propõe-se um tratamento médico integrado, com fluxo de ações educativas, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de doença, intervenção de cuidados precoces e reabilitação. Todos esses elementos permitem que o idoso usufrua da grande conquista da vida atual, que é viver mais.

Introdução

Uma importante característica do idoso é sua heterogeneidade. O mesmo subgrupo populacional é composto tanto 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 ao idoso, com multiplicação de consultas de especialistas, inúmeros fármacos, exames e outros procedimentos. Sobrecarrega o sistema, provoca despesas em todos os níveis e não gera benefícios significativos para a qualidade de vida. Assim, a mudança do modelo de assistência aos idosos demanda a formulação de concepções de cuidado que sejam capazes de abarcar as diferenças nas suas condições de saúde, respeitando 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 fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia são iniciativas que devem ser ampliadas. Só assim será possível assegurar mais qualidade de vida aos idosos e bem-estar à população como um todo (VERAS; OLIVEIRA, 2016).

O modelo ora sugerido propõe uma reorganização do cuidado de modo a combinar eficácia e menor custo. Significa, em síntese, fazer o necessário de forma correta, com foco no elemento mais importante de todo processo: o próprio paciente.

Mudança no perfil epidemiológico e demográfico

Não é somente o Brasil que está preocupado com a aplicação de um modelo de cuidado mais resolutivo e com melhor custo-efetividade. Vários países estão debatendo o tema, reconhecendo a necessidade de mudanças e propondo melhorias.¹

O que era antes privilégio de poucos – chegar à velhice – passou a ser a norma, mesmo nos países mais pobres. Essa conquista do século XX transformou-se, no entanto, em um grande desafio para este século. O envelhecimento da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade, mas ela não basta por si só. Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida. Dessa forma, surgem alguns desafios para a Saúde Pública, reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde: (a) como manter a independência e a vida ativa com o envelhecimento?; (b) como fortalecer políticas de prevenção e promoção da saúde, especialmente aquelas voltadas para os idosos?; e (c) como manter e/ou melhorar a qualidade de vida com o envelhecimento? (OLIVEIRA; VERAS; CORDEIRO, 2017).

O debate sobre a transição demográfica já está bem consolidado, mas o que desperta particular interesse são as consequências da ampliação do tempo de vida da população para as políticas sociais, em especial na área da saúde. A velocidade do envelhecimento populacional no Brasil será significativamente maior do que a registrada nas sociedades mais desenvolvidas no século passado.

Projeções do Banco Mundial apontam que a população idosa vai mais do que triplicar nas próximas quatro décadas, passando de menos de 20 milhões, em 2010,

¹ Segundo *The Lancet*, os melhores modelos assistenciais são os dos seguintes países: Andorra ficou em primeiro lugar, com 95 pontos, seguida de Islândia (94) e Suíça (92). Treze dos 15 primeiros colocados estão na Europa ocidental, como Espanha (8º, com 90) e França (15º, com 88). Os outros dois são Austrália (6º, 90) e Japão (11º, 89). Os Estados Unidos ficaram no 35º lugar (81) e o Reino Unido em 30º (85), antes de Portugal (85) em 31º. No fim da lista aparecem a Somália (34), Afeganistão (32) e a República Centro-Africana (29). O Brasil reúne 60 pontos e fica na 90ª posição.

para cerca de 65 milhões, em 2050. Os idosos brasileiros, que em 2005 compunham 11% da população, somarão 49% em 2050, ao passo que o contingente em idade escolar diminuirá de 50% para 29% no mesmo período (BANCO MUNDIAL, 2011).

Essas variações na estrutura etária da população resultarão em maiores pressões fiscais sobre os sistemas públicos de saúde e previdência social. Com o aumento da proporção de idosos, seus anos a mais de vida e, em consequência, o uso mais frequente dos serviços de saúde, os gastos no setor aumentarão de forma substancial, tendendo a emergir como um dos maiores desafios fiscais nas próximas décadas. Daí a necessidade de inverter a lógica atual do sistema de saúde, centrada no tratamento de enfermidades já existentes, muito mais do que em ações de antecipação ao agravo (VERAS, 2011b).

As transformações socioeconômicas das últimas décadas e suas consequentes alterações nos estilos de vida dos indivíduos nas sociedades contemporâneas – com mudança de hábitos alimentares, aumento do sedentarismo e do estresse, além da crescente expectativa de vida da população – colaboram para a maior incidência de enfermidades crônicas, que hoje constituem um sério problema de saúde pública (VERAS et al., 2013).

Doenças cardiovasculares e respiratórias, câncer e diabetes são os grandes responsáveis pela mortalidade no mundo. No Brasil, nas últimas décadas, as doenças crônicas não transmissíveis tornaram-se as principais causas de óbitos e incapacidade prematura. Não é possível atender o público idoso de forma satisfatória ignorando que essa parcela da sociedade necessita de assistência especial.

Quanto mais o profissional de saúde conhece o histórico do seu paciente, melhores serão os resultados. É assim que devem funcionar os modelos

contemporâneos e resolutivos de cuidado recomendados pelos mais importantes organismos nacionais e internacionais de saúde. Hoje, porém, a maioria dos cuidados e serviços ainda está estruturada em torno de episódios de doenças agudas (VERAS; PARAHYBA, 2007).

Há consenso na aplicação das estratégias preventivas e no cuidado integral da saúde, ou seja, há um discurso favorável ao método entre os profissionais do setor – possivelmente porque ser contrário à prevenção é uma postura retrógrada e difícil de assumir. No entanto, quando se observa a prática, apesar do discurso hegemônico, percebe-se que há uma ênfase nos serviços assistenciais tradicionais (AZEVEDO, 2010; BAHIA et al., 2004).

Por que é preciso adotar um novo modelo?

Muitas condições crônicas estão ligadas a uma sociedade em envelhecimento, mas também a escolhas e hábitos da vida, como tabagismo, consumo de álcool, comportamento sexual, dieta inadequada e inatividade física, bem como a 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 aos medicamentos e equipamentos necessários, estratégias de estímulo à adesão a mudanças comportamentais e tratamento, estendendo-se à assistência social e psicológica. Não é algo simples, por isso não é intenção penalizar o cidadão que não consegue mudar hábitos considerados não saudáveis, pois compreendem-se os “prazeres imediatos” que seduzem e dificultam tais mudanças comportamentais. A cartilha do estilo de vida saudável é repleta de restrições, um dilema que explica a dificuldade

de sua implantação. O conhecimento científico reconhece e informa os fatores de risco, mas às vezes é insuficiente para as mudanças comportamentais.

É importante não ignorar que os indivíduos vivem em sociedade, e que cada qual tem valores, ideologias e crenças. Condições estáveis e controladas pelo pesquisador somente são possíveis no laboratório. Por esse motivo, muitas “verdades científicas” deixam de ser aplicadas e não se traduzem em mudanças. O mundo é bem mais complexo; o saber científico é apenas um dos elementos desse conjunto de fatores.

De acordo com o conhecimento científico atual, as cinco grandes categorias de fatores de risco que retiram qualidade e anos de vida são bem conhecidas: 1) álcool; 2) tabaco; 3) estresse; 4) atividade física inadequada; e 5) alimentação inadequada. Manejar essas situações, no entanto, nem sempre é fácil (VERAS, 2011a). Exemplo emblemático é a identificação de todos os fatores de risco alimentares já bem conhecidos. Sabe-se perfeitamente que gordura animal, carne vermelha, açúcar e sal em excesso, refrigerantes e álcool não fazem parte da vida saudável. Não se questionam esses indicadores, mas vale a pena pensar de forma utópica e artificial: é possível dizer que um bom epidemiologista deveria propor o fechamento de todas as churrascarias existentes no Brasil, particularmente no Rio Grande do Sul, em nome da qualidade de vida.

Com esse exemplo, deseja-se alertar para o fato de que há grande distância entre “verdades do conhecimento científico” e a possibilidade de mudanças sociais e comportamentais imediatas e radicais. É necessário aprender a negociar, fazer pequenas mudanças, trabalhar oferecendo opções. A redução de danos pode ser uma proposta mais eficiente do que a tentativa de cessação completa de um fator de risco. Deve-se considerar que a sociedade é muito mais complexa e que existem

aspectos que jamais podem ser descartados, como o prazer, os desejos e a cultura. É possível, por exemplo, de forma impositiva, “corrigir” uma dieta alimentar de um indivíduo. O resultado, porém, pode ser adverso se não forem levados em conta valores pertencentes à história desse indivíduo.

Pode ser frustrante saber que o conhecimento científico é capaz de ter as respostas, mas não as garantias que levem às mudanças. Por esse motivo, deve-se ultrapassar o estágio atual e dar um salto. Não existem conduta de vida certa ou valores definitivos; a ciência não é imune a interesses e contradições. Caso essas premissas sejam aceitas e se aprenda a lidar com grupos heterogêneos, valorizando as diferenças e tentando negociar mudanças – aceitando, muitas vezes, a impossibilidade de tais transformações –, serão obtidos melhores resultados.

No livro *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*, Michael Porter defende que a saúde precede a assistência. Segundo ele, é latente a necessidade de medir e minimizar o risco de doenças, oferecer um cuidado abrangente das enfermidades e garantir serviços de prevenção para todos os clientes, inclusive os saudáveis (PORTER; TEISBERG, 2009).

Com o rápido e intenso envelhecimento da população brasileira, esse passa a ser o novo paradigma e principal indicador estratégico na saúde. A maior parte das doenças crônicas que acometem o indivíduo idoso tem na própria idade seu principal fator de risco. Portanto, não é a presença ou não da enfermidade que vai determinar a qualidade de vida, mas a habilidade que a pessoa terá para viver de maneira independente e autônoma.

Em todo o mundo, ainda existem divergências sobre o percentual ideal de investimento em promoção da saúde em comparação com o volume destinado à assistência clínica. Embora essa conta seja complexa e flexível, existe uma certeza:

é necessário investir cada vez mais para evitar que as pessoas adoçam. Prevenção não é custo, mas investimento com retorno certo, desde que bem realizada. Estimulando a prevenção e retardando a ocorrência de doenças, será possível preservar, no futuro, a “capacidade funcional” (OLIVEIRA et al., 2016).²

Por que um novo modelo é necessário

As transformações socioeconômicas das últimas décadas e suas consequentes alterações nos estilos de vida dos indivíduos nas sociedades contemporâneas – com mudança de hábitos alimentares, aumento do sedentarismo e do estresse, além da crescente expectativa de vida da população – colaboram para a maior incidência de enfermidades crônicas, que hoje constituem um sério problema de saúde pública.

A atual prestação de serviços de saúde fragmenta a atenção ao idoso, com multiplicação de consultas de especialistas, inúmeros fármacos, exames e outros procedimentos. Isso sobrecarrega o sistema, provoca forte impacto financeiro em todos os níveis e não gera benefícios significativos para a qualidade de vida. Assim, na presente proposta de modelo, é dada ênfase especial a profissionais de saúde bem treinados. A ideia é ter uma dupla formada por profissionais de medicina e enfermagem, responsável por uma carteira de clientes, trabalhando com o suporte de profissionais de saúde de áreas identificadas como de grande demanda do

² Define-se “capacidade funcional” como a habilidade de executar tarefas cotidianas, simples ou complexas, necessárias para uma vida independente e autônoma na sociedade.

segmento etário dos idosos³. Desse modo, o paciente se sente mais protegido, pois já conhece aqueles que lhe vão prestar os cuidados de saúde necessários.

Não se nega a importância do médico especialista ou do hospital, mas a grande diferença ocorre quando enfermidades relativamente simples, como hipertensão ou diabetes, são monitoradas em todos os momentos para evitar sua evolução. Não há aqui a pretensão de curar, mas de buscar a estabilização das doenças de forma que o paciente seja capaz de usufruir os anos a mais de vida de forma plena e saudável.

Ao se monitorar a saúde em vez da doença, direciona-se o investimento dos recursos do sistema para intervenção precoce, o que resulta em chances mais generosas de reabilitação e em redução do impacto na funcionalidade. Propõe-se um modelo que tem uma lógica pragmática, com base em resultados mensuráveis – lógica que é aplicável a qualquer rede de atenção ao idoso.

A necessidade de realizar avaliações constantes

As rápidas transições demográfica e epidemiológica trazem grandes desafios, pois são responsáveis pelo surgimento de novas demandas de saúde, especialmente as doenças crônicas e as incapacidades funcionais, resultando em uso maior e mais prolongado de serviços de saúde. Logo, o conceito de saúde deve estar claro.

Define-se saúde como uma medida da capacidade de realização de aspirações e da satisfação das necessidades, e não simplesmente a ausência de doenças. Como já mencionado, a maioria dos idosos é portadora de doenças ou

³ Psicólogo, fisioterapeuta, educador físico, nutricionista e farmacêutico são profissionais de saúde de grande valia e apoio para o médico.

disfunções orgânicas que, na maioria das vezes, não estão associadas à limitação das atividades ou à restrição da participação social. Assim, mesmo com doenças, o idoso pode continuar desempenhando seus papéis sociais.

O foco da saúde do idoso está estritamente relacionado a sua funcionalidade global, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo. A pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar suas atividades sozinha, de forma independente e autônoma, mesmo que portadora de doenças. Bem-estar e funcionalidade são equivalentes; representam a presença de autonomia (capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias regras) e independência (capacidade de realizar algo com os próprios meios), permitindo que o indivíduo cuide de si. O conceito de saúde, para o indivíduo idoso, se traduz mais por sua condição de autonomia e independência do que pela presença ou ausência de doença. Por sua vez, independência e autonomia estão intimamente relacionadas ao funcionamento integrado e harmonioso dos seguintes sistemas funcionais: cognição,⁴ humor,⁵ mobilidade⁶ e comunicação⁷ (MORAES, 2012).

As tarefas do cotidiano necessárias para que o indivíduo cuide de sua vida são denominadas “atividades de vida diária”. Podem ser classificadas, conforme o grau de complexidade, em básicas, instrumentais e avançadas. Quanto maior for sua complexidade, maior será a necessidade do funcionamento adequado dos

⁴ Capacidade mental de compreender e resolver os problemas do cotidiano.

⁵ Motivação necessária para atividades e/ou participação social. Inclui ainda outras funções mentais, como o nível de consciência, a senso-percepção e o pensamento.

⁶ Capacidade individual de deslocamento e de manipulação do meio onde o indivíduo está inserido. Depende da capacidade de alcance/preensão/pinça (membros superiores), postura/marcha/transferência (membros inferiores), capacidade aeróbica e continência esfinteriana.

⁷ Capacidade de estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias, sentimentos; está intimamente relacionada à habilidade de se comunicar. Depende de visão, audição, fala, voz e motricidade orofacial.

sistemas funcionais principais (cognição, humor, mobilidade e comunicação), de forma integrada e harmoniosa.

A funcionalidade global é o ponto de partida para a avaliação da saúde do idoso e deve ser realizada de forma minuciosa, utilizando todos os informantes, familiares ou não, desde que convivam com o paciente e sejam capazes de detalhar seu desempenho em todas as atividades de vida diária. A presença de declínio funcional não pode ser atribuída ao envelhecimento normal, mas às incapacidades mais frequentes no idoso (CALDAS et al., 2013).

O comprometimento dos principais sistemas funcionais gera as incapacidades e, por conseguinte, as grandes síndromes geriátricas: a incapacidade cognitiva, a instabilidade postural, a imobilidade, a incontinência e a incapacidade comunicativa. Além disso, o desconhecimento das particularidades do processo de envelhecimento pode gerar intervenções capazes de piorar a saúde do idoso – o que é conhecido como iatrogenia. Esta traduz os malefícios causados pelos profissionais da área de saúde e por um sistema despreparado para dar uma resposta adequada às questões do idoso. Muitas vezes, a consulta do médico especialista pode ter sido adequada para o órgão observado, mas, pela desarticulação do sistema, o procedimento pode causar danos a outros órgãos em decorrência das ações desordenadas e da carência das informações do cliente, uma vez que inexiste uma rede assistencial, há somente o trabalho individualizado de cada profissional.

A fragilidade tem sido apontada como um indicador de risco para a morte ou para a perda da funcionalidade em idosos, utilizada para orientar o gerenciamento da saúde. O termo “fragilidade” indica um estado de instabilidade, com risco de perda funcional resultante de eventos por vezes previsíveis. Tanto os instrumentos de rastreio de perda da capacidade funcional quanto os de risco de fragilidade

consideram, em sua construção, características do estado biológico, cognitivo e funcional, além das circunstâncias sociais. Têm por objetivo identificar precocemente os idosos frágeis e direcionar a atuação geriátrica, prevenindo internações repetidas, aumentando a qualidade de vida e, em alguns casos, evitando a morte precoce.

Os instrumentos de rastreio utilizados para identificar idosos com maior risco de internação hospitalar avaliam alguns elementos das atividades instrumentais e básicas de vida diária e características presentes em idosos frágeis, como número de comorbidades, quantidade de medicação prescrita e perda de peso não intencional, entre outras.

O instrumento breve de identificação de risco aplicado no ingresso do idoso no modelo assistencial proposto permite um marco zero do monitoramento e um parâmetro para acompanhamento do plano terapêutico entre os diferentes pontos da rede (SAENGER, 2015). Como esses instrumentos epidemiológicos são bastante eficientes, devem ser aplicados pela enfermeira, que também é chamada de “gerente de acompanhamento” ou “navegadora”. Por isso é proposta uma carteira de clientes para uma dupla de profissionais: o médico e a enfermeira. Esta profissional cuida da transição do cuidado entre os serviços e reavalia anualmente – ou quando necessário – a capacidade funcional da pessoa, incentivando-a a participar do processo de cuidado.

A família, por sua vez, é outro elemento fundamental para o bem-estar biopsicossocial, e sua ausência pode desencadear ou perpetuar a perda de autonomia e independência do idoso (insuficiência familiar). É uma instituição de apoio capaz de modular o funcionamento do indivíduo, reduzindo ou exacerbando suas incapacidades. Nos dias atuais, esse apoio, que antigamente era comum, torna-se cada vez mais difícil, devido a dois fatores: pelo tamanho da família, antes

extensa e hoje apenas nuclear, e pelo fato de que o número de idosos se amplia. Isso talvez explique a dificuldade de apoio às pessoas mais longevas no âmbito familiar.

Para avaliar a capacidade funcional do idoso, os profissionais da área da saúde⁸ utilizam ferramentas que auxiliam na identificação de possíveis perdas funcionais. São testes de rastreio cognitivo, rastreio para risco de depressão, testes de mobilidade e equilíbrio, escalas de avaliação de atividades básicas e instrumentais de vida diária, levantamento de dados nutricionais e de alimentação, queixas relacionadas à fala e à comunicação, investigação de suporte familiar e social, entre outras. Essa avaliação permite atender às demandas específicas do indivíduo, norteando seu plano de cuidado, identificando riscos e prevenindo prejuízos em sua qualidade de vida. Essa prática requer um olhar interdisciplinar e exige do avaliador treinamento específico para uso das ferramentas e interpretação dos resultados.

A capacidade funcional está relacionada com aspectos físicos, cognitivos e emocionais do indivíduo. Por este motivo, um idoso com hipertensão arterial e diabetes, por exemplo, é considerado saudável se mantiver o controle dessas doenças crônicas e sua capacidade funcional preservada. Da mesma maneira, o idoso hipertenso e diabético que não faz controle dessas doenças poderá sofrer complicações e sequelas que comprometem a capacidade funcional. Quando a pessoa idosa começa a desenvolver um declínio de sua capacidade funcional, ela tem prejuízos em suas atividades de vida diária, podendo apresentar dependência para uma ou mais atividades do cotidiano.

⁸ Em um modelo estruturado, normalmente é a navegadora, ou enfermeira, que faz este rastreio, mas os testes podem ser aplicados por qualquer profissional de saúde, desde que devidamente treinado.

As atividades do dia a dia são divididas em “atividades básicas de vida diária”, relacionadas ao autocuidado (banho, alimentação, continência, vestir-se, deambular etc.), e “atividades instrumentais de vida diária”, que se relacionam a tarefas mais práticas (usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, cuidar da casa, utilizar transportes, fazer controle financeiro etc.).

Banhar-se, vestir-se e usar o banheiro são funções influenciadas pela cultura e pelo aprendizado – portanto mais complexas. Atividades como transferência, continência e alimentar-se são funções vegetativas simples – portanto mais difíceis de serem perdidas. Esse caráter hierárquico das tarefas é extremamente útil, capaz de traduzir a gravidade do processo de fragilização do indivíduo. Assim, o declínio funcional inicia-se por tarefas mais complexas, como o banhar-se, e progride hierarquicamente até chegar à dependência completa, quando o paciente necessita de ajuda até para alimentar-se (MORAES, 2012).

As atividades de vida diária instrumentais exigem maior nível de capacidade funcional do idoso em relação às básicas e indicam sua capacidade de viver sozinho na comunidade. Incluem as atividades relacionadas ao cuidado intradomiciliar, como preparo de alimentos, fazer compras, controle do dinheiro, uso do telefone, trabalhos domésticos, lavar e passar roupa, uso correto dos medicamentos e sair de casa sozinho. São tarefas influenciadas pelo gênero e pela cultura, que limitam sua universalização para todos os indivíduos.

As atividades de vida diária avançadas referem-se àquelas relacionadas à integração social, englobando as atividades produtivas, recreativas e sociais, como trabalho formal ou não, gestão financeira, direção veicular, participação em rituais religiosos, serviço voluntário e uso de tecnologias, entre outras. São extremamente individualizadas e de difícil generalização. Daí a importância do conhecimento da

funcionalidade prévia, única forma de comparar o indivíduo com ele mesmo e reconhecer a presença de declínio funcional.

Especificidades e peculiaridades no cuidado do idoso

A imperiosa necessidade de mudança do modelo assistencial à saúde dos idosos passa por novas concepções de atenção à saúde, pois deve levar em conta suas diferenças, especificidades e peculiaridades (PAIM et al., 2011). Ressaltam-se, a seguir, algumas questões imprescindíveis para a efetivação do modelo:

1. Hierarquização do cuidado: fundamental para a organização da gestão dos pacientes e para que se possa utilizar o sistema de saúde em sua plenitude, de maneira mais ágil, sem duplicidade de cuidados e diminuindo a iatrogenia do sistema.
2. Organização da demanda baseada em identificação do perfil de risco: ação extremamente importante para o médico assistente do cliente conhecer sua carteira e organizar a prestação de serviços focada nas suas necessidades, visando reduzir danos e riscos à saúde.
3. Busca ativa e informação do paciente: visa promover a saúde e não somente tratar da doença no momento em que ela já se instalou, muitas vezes de forma grave. A informação ao paciente e sua família também é essencial para promover o autocuidado.
4. Reorientação do foco na ausência de doença para o foco no cuidado da saúde: com o avançar da idade, é cada vez mais difícil que os indivíduos não apresentem doenças crônicas, o que não necessariamente implica

deterioração da qualidade de vida, pois o cuidado adequado pode minimizar os problemas decorrentes.

5. Busca de adesão e participação das pessoas de mais idade por meio de incentivos: proporciona corresponsabilização e maior fidelização aos projetos de cuidado integral à saúde.

Essas questões são interdependentes. Projetos voltados para a mudança do foco da ausência de doença pelo foco no cuidado da saúde, por exemplo, funcionam quando articulados com projetos voltados para busca ativa e informação ao paciente. Da mesma forma, é possível pensar a organização da demanda com base no perfil de risco (CALDAS et al., 2013).

A nova e necessária estrutura de saúde

Os sistemas de saúde trabalham com poucos pontos de atenção – os quais não funcionam de forma articulada e integrada. Em geral, os pacientes entram nessa rede desarticulada em um estágio muito avançado. A porta de entrada acaba sendo a emergência do hospital (MENDES, 2011).

Uma boa assistência à saúde é inerente à confiança e ao vínculo do usuário com quem lhe presta atendimento. Esse vínculo é construído desde a porta de entrada do serviço e ao longo de toda sua participação no modelo, intitulado de “Bem Cuidado”. O gerente de acompanhamento é um profissional da área de saúde que tem o papel de receber, monitorar e organizar o percurso do participante dentro da rede assistencial de cuidados. Esse profissional trabalha associado ao médico. Ambos são responsáveis por fornecer ao cliente e sua família toda a orientação necessária. O médico atende no ambulatório, mas também o acompanha em todas

as instâncias de cuidado da rede assistencial, tal como aquele médico de família de antigamente.

O acolhimento e o cuidado são fundamentais para obter a fidelização do paciente. Durante o ingresso do paciente no Bem Cuidado, essas são as prioridades. Buscam-se a ação educativa e o estabelecimento do marco zero do rastreamento contínuo de risco. Nesse momento, o paciente será orientado sobre todo o programa assistencial. É possível reestruturar a atenção à saúde da população idosa e construir uma organização no setor que permita melhores resultados assistenciais e econômico-financeiros. Basta que todos se percebam responsáveis pelas mudanças necessárias e se permitam inovar – o que, em muitas situações, significa resgatar cuidados e valores mais simples, que se perderam no sistema de saúde brasileiro.

O modelo aqui proposto compreende cinco níveis hierarquizados de cuidado – acolhimento, núcleo integrado de cuidado, ambulatório geriátrico e os cuidados complexos de curta duração e longa duração (ver Figura 1) – mas é nos três primeiros níveis, nas instâncias leves, onde se faz a diferença. Constitui uma proposta de linha de cuidado ao idoso, compreendida como uma estratégia de estabelecimento de “percursos assistenciais”, organizando o fluxo de indivíduos de acordo com seu grau de fragilidade. A identificação do risco e a integralidade da atenção nos diferentes pontos da rede são o cerne desse modelo. A identificação precoce do risco, a fim de reduzir o impacto das condições crônicas na funcionalidade, permite monitorar a saúde em vez da doença, com possibilidade de postergar a enfermidade, a fim de que o idoso usufrua seu tempo a mais de vida.

A hierarquização não pressupõe um percurso evolutivo entre os níveis de atenção do modelo, apesar da tendência esperada. As etapas não podem ser

absolutamente fixas, porque existe a possibilidade de reversão da incapacidade e retorno a um patamar de menor complexidade, dependendo da situação (LIMA et al., 2015). Outro fato a ser considerado é que as operadoras já possuem sua clientela e suas instâncias assistenciais montadas – pode-se, portanto, pensar na estruturação do acolhimento em outros pontos, como no Núcleo Integrado de Cuidado.

Na estrutura de modelo proposta, destacam-se os três primeiros níveis, que compõem as instâncias leves de cuidado (vide Figura 1). A identificação do risco e a integralidade da atenção nos diferentes pontos da rede são o cerne do modelo. Seu principal compromisso é a melhoria da qualidade e da coordenação do atendimento prestado desde o primeiro momento. Como consequência, será possível observar a utilização mais adequada dos recursos do sistema como um todo – por profissionais de saúde, usuários e pacientes.

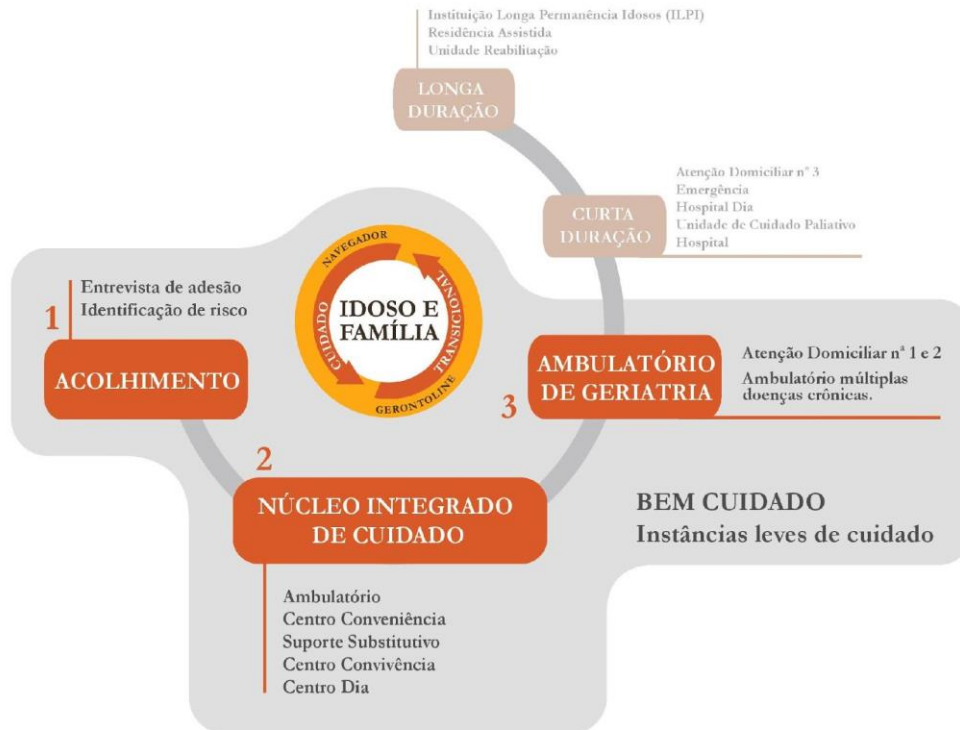
Deve-se considerar que os níveis 1 a 3 (em laranja, na Figura 1) são as instâncias leves, ou seja, de custos menores e compostas basicamente pelo cuidado dos profissionais de saúde, bem treinados. O esforço deve ser realizado para manter os pacientes nesses níveis leves, visando preservar sua qualidade de vida e participação social. Já as demais instâncias, as pesadas, são de alto custo – nelas se situam o hospital e as demais unidades de longa permanência. Todo esforço deve ser empreendido para que o idoso permaneça nos três primeiros níveis de cuidado, com vistas a manter sua qualidade de vida e reduzir os custos. Por este motivo, a ênfase é conferida a essas instâncias de baixo custo e de grande resolutividade, nos quais se concentra mais de 90% da população idosa.

A Figura 1 auxilia na compreensão de aspectos importantes do modelo proposto. A entrada única pelo Nível 1 (acolhimento) garante um acesso consciente e um adequado acolhimento, ou seja, um início pautado na transparência das regras

de funcionamento, das carências, dos direitos e deveres da atenção ofertada, da bonificação e da premiação existentes. É um momento crucial para estabelecimento de empatia e confiança, essenciais para fidelização do usuário.

Figura 1

MODELO BEM CUIDADO



Legenda:

Nível 1 - Acolhimento: Entrevista de adesão, Identificação de risco.

Nível 2 – Núcleo Integrado de Cuidado: Ambulatório Clínico, Centro Dia, entre outras instâncias de Cuidado.

Nível 3 - Ambulatório de Geriatria: Atenção Domiciliar complexidade 1 e 2.

Devemos considerar que os níveis 1 a 3, em laranja, como as instâncias leves, ou seja, de custo menores e composta basicamente pelo cuidado dos profissionais de saúde, bem treinados. O esforço deve ser realizado para manter os pacientes nestes níveis leves, visando preservar sua qualidade de vida e participação social.

Deste modo, todo o esforço deve ser realizado para permanecer com o idoso nos 3 primeiros níveis de cuidado, com vista a manter sua qualidade de vida e de reduzir os custos.

Esta figura apresenta as instâncias leves de cuidado, níveis 1 a 3. O modelo completo, com os 5 níveis de cuidado, pode ser visto no artigo: VERAS, Renato; OLIVEIRA, Martha. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. Rev. bras. geriatrgerontol., Rio de Janeiro, v. 19, n.6, p. 887-905, dez. 2016.

Um diferencial importante da proposta é a proposição de registrar os “percursos assistenciais” do paciente por meio de um sistema de informação amplo,

que registre não somente a evolução clínica da pessoa idosa, mas também sua participação em ações de prevenção, individuais ou coletivas. Isso permite um compartilhamento da informação e uma avaliação integral do indivíduo, inclusive com o prontuário médico da unidade hospitalar, regido por normas específicas.

O gerente de acompanhamento, também conhecido como navegador, recebe e acompanha o idoso e sua família a partir do Nível 2 (Núcleo Integrado de Cuidado). Este profissional (normalmente, uma enfermeira ou assistente social) cuida da transição do cuidado entre os serviços e reavalia periodicamente a capacidade funcional da pessoa idosa, incentivando-a a participar do processo de cuidado. Para manter a qualidade da assistência, recomenda-se que cada gerente de acompanhamento tenha até 375 idosos sob sua responsabilidade (para uma jornada de 20 horas semanais), como forma de garantir a formação de um vínculo de confiança.

O Nível 2 é o local de integração das várias ações de educação, promoção e prevenção de saúde. O Núcleo Integrado de Cuidado se caracteriza por ser a base do cuidado leve desta rede. Trata-se do coração do modelo, onde serão realizadas todas as articulações para as demais unidades, a partir das avaliações. As ações realizadas no Núcleo Integrado de Cuidado visam facilitar uma vida ativa para idosos autônomos e independentes, bem como oferecer facilidades de equipamentos de suporte para auxiliar as famílias com idosos dependentes. Além disso, há outros sistemas de apoio para auxiliar o autocuidado, incluindo a supervisão da administração de medicamentos e o agendamento de consultas (VERAS, 2014).

Com ambulatório para idosos de baixo risco, centro de convivência e conveniência, serviços de reabilitação, apoio ao cuidado, ao autocuidado e à família, o Nível 2 consolida a relação do idoso com seu gerente de acompanhamento e seu

médico assistente. Aquele que apresenta risco baixo e moderado será acompanhado ambulatoriamente. Dependendo da avaliação realizada, será possível decidir se a intervenção necessária está no nível ambulatorial clínico ou geriátrico.

O Núcleo Integrado de Cuidado propõe ainda o GerontoLine, um serviço de apoio telefônico para que o idoso e seus familiares sintam-se protegidos, tenham suas necessidades atendidas e suas dúvidas esclarecidas sobre a assistência recebida. Funciona como um diferencial, exercendo o papel de facilitador e reforço na relação com o paciente. A equipe de atendentes deve ser formada por pessoal qualificado, sob a coordenação de um profissional com formação em psicologia, e seu papel será o de conversar com o cliente e atender suas demandas. A prerrogativa é que toda situação tenha uma solução satisfatória. Caso necessário, o atendente deve retornar a ligação com a resposta que não puder ser oferecida no momento anterior.

Com a evolução da tecnologia, pode-se pensar em outras formas de contato com o cliente além do telefone, mas sempre combinando eficiência e resolutividade.

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

Ressaltam-se, assim, aspectos ausentes na maioria dos modelos assistenciais para pessoas idosas existentes no país e que, quando devidamente registrados em sistema único de informações, proporcionam algo muito importante

para o cuidado: quanto mais o profissional de saúde conhece o histórico do seu paciente, melhores serão os resultados. E é assim que devem funcionar os modelos contemporâneos e resolutivos de cuidado (RAMOS, 2003).

A participação da família, a explicação das atividades do Núcleo Integrado de Cuidado e os *screenings* epidemiológicos decorrentes de atendimentos nos serviços ofertados são outros importantes diferenciais deste produto. A informação sobre todos os procedimentos é fundamental para o monitoramento do associado e a confecção do cartão do cliente, que tem um *chip* contendo número de registro, nome do contato familiar, unidade em que é atendido, médico e enfermeira responsáveis, um sumário de importantes eventos e o acesso ao seu registro eletrônico.

No Nível 3 (Ambulatório Geriátrico), destaca-se a equipe multidisciplinar composta por médico, enfermeiro e assistente social, responsáveis por uma avaliação geriátrica multidimensional que permitirá intervenções específicas quando necessário. Essa avaliação considera aspectos médicos, de cuidados, de suporte social, de meio ambiente, cognitivos, afetivos, de crenças religiosas e econômicas que constituem o plano terapêutico, construído coletivamente e discutido com a equipe de saúde e o gerente de acompanhamento. É também neste nível que se localiza o atendimento domiciliar na complexidade 1 e 2.

Modelo Bem Cuidado

O que propomos para a assistência do idoso é a sistematização de um modelo empírico que vem sendo elaborado e testado a partir da experiência de mais de vinte anos de uma universidade aberta da terceira idade no Rio de Janeiro, baseada

em referenciais e lógicas de Planejamento e Gestão em Saúde Pública, da Gerontologia, da Sociologia Médica e da Economia da Saúde.

Um grande reforço a essas novas concepções assistenciais pode ser observado em trabalho estruturado pela ANS há alguns anos, que contou com a participação de vários profissionais qualificados na abordagem a temas contemporâneos da área da saúde. A agência acompanhou mais de 60 empresas de saúde que se propuseram a implantar um piloto que foi monitorado por um ano, com reuniões frequentes ao longo do desenvolvimento do trabalho. Esse estímulo fez com que dezenas de operadoras de saúde começassem a acreditar na necessidade de mudanças.

Embora o Bem Cuidado seja composto por cinco níveis, a descrição aqui apresentada se limita aos três primeiros. Não se pode negar a importância das instâncias mais avançadas ou pesadas, mas acredita-se que é nessas primeiras que se faz a diferença para todos aqueles que precisam da atenção básica, do cuidado integral, da estruturação da assistência e da redução da iatrogenia a custos acessíveis.

A equipe multiprofissional seria composta por profissionais de saúde com as seguintes funções:

- 1) médico generalista, responsável por uma carteira de clientes;
- 2) enfermeira (navegadora), responsável pela aplicação do instrumento de rastreio do idoso, contato com os familiares, organização da agenda dos exames rotineiros. É o elo entre o médico e o paciente e sua família;
- 3) educador físico, cuja função é fazer avaliação completa e promover atividade física monitorada pelo menos duas vezes na semana;

- 4) nutricionista, que cuidará da avaliação nutricional inicial com aplicação da miniavaliação nutricional (MNA);
- 5) psicólogo, para aplicação de testes e psicoterapia breve, conforme indicação do médico no plano terapêutico;
- 6) fisioterapeuta, para cuidar de reabilitação e prevenção de quedas; e
- 7) farmacêutico, para reconciliação farmacológica, orientação sobre receituário e horários das drogas, assim como sobre a necessidade do uso correto das medicações.

O foco do modelo de atenção ao idoso deve ser a identificação de riscos potenciais, direcionando os recursos do sistema para uma intervenção precoce, que resulta em chances mais generosas de reabilitação e redução do impacto na funcionalidade. O intuito é tomar conta do cliente nas instâncias leves, mas, como responsáveis pela sua saúde, os gerentes estarão informados e acompanhando o processo mesmo quando o idoso estiver em outra instância de cuidado.

O modelo conta com vários serviços de apoio à família. E há ainda o trabalho individual, por meio dos vários profissionais de saúde (nutricionista, psicólogo e fisioterapeuta, entre outros), bem como atendimento em grupo e/ou palestras.

Um importante esclarecimento diz respeito ao médico do paciente. A centralidade do modelo se dá por meio do médico-gestor, que é o condutor do processo e um profissional qualificado para um cuidado integral. Caso precise de um parecer ou considere que necessita da intervenção de um colega que domine uma área específica, ele encaminhará seu paciente a um especialista, mas a condução do caso permanecerá sendo sua responsabilidade. Após a consulta com o especialista, tudo será registrado no prontuário único do paciente.

O mesmo ocorre caso o paciente necessite de internação. Como seu responsável e ponto de referência, o médico-gestor – juntamente com sua enfermeira – será informado de tudo que acontece e manterá contato com o médico do hospital, da internação domiciliar ou de qualquer outra instância de cuidado.

São citados aqui os três segmentos iniciais do modelo de Bem Cuidado, entendendo-se que ele pode ser oferecido às operadoras como um adicional para os pacientes idosos, de forma a proporcionar melhor cuidado em decorrência de intenso monitoramento, paralelamente a uma redução de custo, com potencial para ser disseminado em todos os modelos dos sistemas de saúde.

Caso haja um número muito grande de clientes, os três segmentos poderão ser estruturados em espaços distintos. No entanto, seria perfeitamente possível trabalhar em um único espaço. Sugere-se que seja um local de 300 a 350 metros quadrados.

De modo simplificado, pode-se afirmar que o nível do acolhimento é o local do primeiro contato do cliente com o modelo assistencial. Neste primeiro encontro, o cliente é apresentado ao modelo, normalmente por um enfermeiro ou outro profissional de saúde treinado do núcleo de acolhimento. O objetivo é explicar o funcionamento do Bem Cuidado, enfatizando a necessidade de um contato frequente, da participação da família e das avaliações multidimensionais, apresentando o médico e a enfermeira que lhe prestarão assistência e também o serviço telefônico GerontoLine.

Em síntese, nada será negado, mas as decisões serão técnicas, tomadas pela equipe responsável. Sabe-se que muitos clientes podem não aceitar esta modalidade de cuidado, recusando-se a ser conduzidos por um profissional, pois muitos associados querem, eles próprios, escolher médicos, hospitais e local de

realização de exames. Neste modelo, contudo, quem dá a direção é o profissional qualificado, não o leigo. Caso o cliente não concorde, ele terá o direito de escolher um outro produto ou outra empresa de saúde que ofereça a opção desejada. Por isso propõe-se um início de relação transparente, em que tudo deve ser informado e nada pode ser omitido.

O segundo nível é o coração do sistema, é lá que está instalado o Núcleo Integrado de Cuidado. E no terceiro nível, o ambulatório voltado para os clientes de múltiplas patologias e as pessoas mais frágeis, em que o acompanhamento exige uma atenção mais intensa.

Como cada médico possui uma carteira de clientes (375 para 20 horas semanais de trabalho), sempre haverá uma parcela de clientes com capacidade funcional plena e outros com algum grau de fragilidade. Poderá haver um local apenas para o acolhimento, uma estrutura grande para caber todas as ações do Nível 2, e outra unidade apenas para os clientes mais frágeis. No entanto é perfeitamente razoável agrupar todos os segmentos em um mesmo local.

Sugere-se que o espaço que comporte o Bem Cuidado, ou as instâncias leves de cuidado, seja uma estrutura que comporte até 4.500 clientes. Desse modo, a unidade poderá comportar 12 carteiras de 375 clientes.

Detalhando um pouco mais esta unidade assistencial, propõe-se a seguinte estruturação: para os 12 médicos da casa, deve haver quatro salas reservadas para consultas. Às enfermeiras que trabalham em parceria com os médicos e atendem os pacientes de sua carteira são reservadas duas salas. À equipe de profissionais de saúde de apoio são reservadas duas salas (para uso de nutricionistas, psicólogos e farmacologista). Reservar uma sala maior para palestras que também pode ser

utilizada para atividades físicas.⁹ Importante frisar que deve ser feita uma programação de palestras e atividades em grupo e individuais para esses profissionais de apoio. É necessária também uma sala para os equipamentos básicos do trabalho de fisioterapia, pois este profissional tem um papel relevante na reabilitação dos clientes idosos.

Deve haver, ainda, uma sala de espera para os clientes. Nesse local, enquanto esperam para ser atendidos, eles poderão receber serviços de verificação de remédios, solução de dúvidas e uso de tecnologias várias, entre outras ações que ajudam no fortalecimento do vínculo do cliente com o Bem Cuidado. O médico e sua navegadora devem trocar impressões sobre sua carteira de clientes. Para isso, é importante que tenham uma sala adequada. Outra sala deve ser reservada à coordenação do Núcleo. Além disso, há necessidade de uma sala para depósito e material de limpeza e outra para copa e cozinha. Deve haver, por fim, uma sala (pequena) para coleta de material e um espaço para o centro de conveniência (vendas de produtos para os idosos).

Não se pode deixar de ter um local para o acolhimento do cliente que chega pela primeira vez ao Bem Cuidado. Como ainda não se sabe, nesse primeiro momento, se aceitará integrar-se ao modelo, o ideal é que seja reservado um local específico, separado da área dos participantes.

Detalhando-se um pouco mais, observa-se a carga horária dos profissionais:

1. Estima-se que, com a unidade operando com capacidade máxima, haverá 12 médicos trabalhando 20 horas semanais, cada um com 375 pacientes, ou seja, 4.500 pacientes por unidade.

⁹ Sempre que possível, as atividades físicas podem ser realizadas nas praias, praças ou até mesmo em academias.

2. Cada médico deverá atender, em média, 4 consultas por ano para cada paciente de sua carteira. Ou seja, uma consulta a cada trimestre para cada cliente.
3. Como os médicos atenderão os 375 pacientes por trimestre, serão 125 consultas por mês para cada médico.
4. Essas consultas terão, em média, o tempo de 30 minutos.

A carga horária do médico de 20 horas semanais corresponde a algo em torno de 85 horas trabalhadas no mês. Os médicos trabalharão 5 horas em 4 dias da semana. Os horários de funcionamento da unidade serão divididos em três turnos, de segunda a sexta-feira: 7 às 12 horas, das 12 às 17 horas e das 17 às 22 horas. No sábado haverá dois turnos, excluindo o turno noturno. Desse modo, serão 17 turnos semanais de 5 horas cada, o que corresponde a algo em torno de 75 períodos de 5 horas no mês. Estes números são uma aproximação, pois há meses maiores e outros menores, além de feriados.

Importante observar que ao se estipular uma consulta médica de 30 minutos e 125 clientes por mês, em média, esse médico utilizará 65 horas da sua carga horária mensal para os atendimentos e terá as 20 horas restantes para as atividades de verificação dos prontuários, reunião com a enfermeira navegadora, contato com o médico do hospital, caso tenha paciente de sua carteira internado, e contatos telefônicos com pacientes ou família. Reservam-se 20 horas mensais para as atividades de monitoramento dos seus clientes e são oferecidos 30 minutos para cada consulta, ou seja, um tempo bastante amplo, pois será exigida qualidade assistencial.

Esses tempos são uma média, pois o médico terá autonomia para estender ou reduzir as consultas sempre que considerar necessário. O que se deseja frisar é

que a carga horária do médico permite as ações consideradas fundamentais ao cuidado integral do paciente. Das 85 horas semanais, são reservadas mais de 20% para o trabalho de monitorar, verificar os pacientes internados, realizar reuniões com as navegadoras e examinar prontuários.

A enfermeira ou navegadora terá também uma variedade de atividades. Trabalhará em dupla com o médico, monitorando a mesma carteira. Seu papel é o da consulta de enfermagem, verificação da realização dos exames solicitados e dos remédios prescritos, realização das avaliações funcionais e contato com os familiares de cada cliente, além de reuniões com o médico e acompanhamento dos pacientes internados.

Nível 1 – Acolhimento

Na apresentação do modelo de assistência, a atitude do profissional deve ser educativa, com esclarecimentos sobre a forma de atendimento, a lógica das intervenções, as ações disponíveis e a explicação minuciosa da proposta do plano. O início desta relação deve ser pautado em aspectos técnicos assistenciais, além das questões administrativas e financeiras inerentes ao contrato, sempre com absoluta transparência, para que o usuário possa escolher participar ou não do modelo, dado que sua adesão implica bonificações e premiações vinculadas ao uso dos serviços, como incentivos concedidos pelo plano de saúde e com o aval pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O primeiro atendimento deve ser realizado por um profissional de saúde com formação em geriatria ou gerontologia, ao qual caberá informar, de modo claro e didático, a linha do cuidado e suas várias instâncias de atendimento, estabelecendo

uma relação de confiança entre usuário (e sua família) e o modelo de cuidado proposto. Deve-se detalhar os vários procedimentos que serão realizados, diferenciais que, acredita-se, são serem benéficos e que visam melhorar a qualidade de vida e de saúde dos idosos, do mesmo modo que a participação do idoso deve ser incentivada porque faz parte deste modelo de atenção à saúde.

É importante que haja um médico à disposição da unidade de acolhimento, em caso de dúvida ou na eventualidade de um usuário não aceitar determinada informação sobre sua doença. Nesse tipo de conflito – raro, mas que pode ocorrer –, o médico deverá intervir. O usuário deve se sentir respeitado e consciente de que há vantagens para ambos: o idoso percebe sua saúde bem cuidada e a operadora obtém a fidelização com custos mais baixos. Nesse espaço de acolhimento também estarão disponíveis materiais educativos para que, de acordo com a necessidade do usuário, seja possível iniciar a orientação sobre patologias crônicas como hipertensão, diabetes e osteoartrite, além do uso seguro de medicação, nutrição saudável, segurança ambiental, atividade física e orientações sobre vacinas.

Caso o idoso aceite participar da proposta assistencial, pois a função desta porta de entrada é oferecer ao futuro cliente todos os esclarecimentos, recomenda-se uma triagem epidemiológica básica, de poucas perguntas, que permita identificar algumas características operacionais para priorizar o atendimento e utilizar os recursos adequadamente por meio de um instrumento de identificação de risco (IR). A tomada de decisão técnica sobre o encaminhamento do cliente precisa ocorrer mediante pactuação do envolvimento na proposta de atenção à saúde e com base na avaliação do risco de incapacidade. Deste modo, o IR “organiza a fila”, estabelecendo prioridades com base na necessidade – e não na perversa busca de senha para o atendimento. O importante é que a IR seja aplicada em todos os

idosos usuários em seu ingresso ao modelo. Pode ser autoaplicável, anterior à ida ao Acolhimento (Nível 1), permitindo uma acolhida ao usuário com informações prévias. Aplicada anualmente nos idosos, seus resultados devem ser registrados no sistema eletrônico do paciente.

Antes de assinar o contrato para aquisição do plano de saúde, o usuário deve ser orientado a se dirigir à unidade de acolhimento. A prestadora de serviço de saúde deverá ter papel ativo nesse chamamento, agendando data e horário da primeira visita.

O ideal é que a contratação do plano de saúde seja realizada após o acolhimento, pois é lá que se prestarão todos os esclarecimentos necessários, possibilitando um início de relacionamento transparente e fundamental para as duas partes – de conhecimento de direitos e entrada ordenada e ativa no sistema de saúde. A entrevista qualificada de adesão é um momento de grande importância durante a contratação de um plano de saúde, pois cria uma relação de confiança entre as partes e permite que o foco não seja exclusivamente a relação contratual. É uma oportunidade única para avaliação do paciente e sua inserção na rede de cuidados.

O modelo de hierarquização de cuidado propicia o conhecimento de seus usuários, seu perfil e necessidades, de modo a construir a melhor forma de organizar sua prestação de serviços. Sem organização e planejamento do cuidado, o envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de doenças podem deixar de ser oportunidade, tornando-se entraves à sustentabilidade do sistema de saúde suplementar brasileiro.

Durante o primeiro contato, as prioridades são a ação educativa e o estabelecimento do marco zero do rastreamento contínuo de risco. A fragilidade tem

sido apontada como um indicador de risco para a morte ou para a perda da funcionalidade em idosos. Sua identificação deve ser realizada desde o começo do cuidado, permitindo a criação de um programa individualizado para cada usuário, adequado a suas necessidades, com encaminhamento para o nível mais apropriado à sua situação.

A confiança e a fidelidade ao sistema são consequências da percepção do usuário do quanto ele é respeitado e do que lhe é oferecido. A adesão ao plano de cuidados é um fenômeno consequente à percepção desse respeito e o resultado se concretiza na forma de um contrato: as duas partes, operadora e usuário, chegam a um acordo e se comprometem, cada qual com a sua responsabilidade, acreditando que os procedimentos propostos são os melhores e devem trazer vantagens para ambos.

Nível 2 – Núcleo Integrado de Cuidados

O Nível 2 é o local de integração das várias ações de educação, promoção e prevenção de saúde por intermédio de ambulatório para idosos com baixo risco, centro de convivência e conveniência, serviços de reabilitação, serviços de apoio ao cuidado e ao autocuidado, apoio à família e local onde o idoso é apresentado à sua navegadora (gerente de acompanhamento). O suporte não deve se restringir à relação familiar consanguínea, mas se estender àqueles que vivem ou convivem com o idoso.

Ressaltam-se, assim, aspectos ausentes na maioria dos modelos assistenciais para pessoas idosas existentes no país e que, quando devidamente registrados em sistema único, favorecem algo muito importante: quanto mais o

profissional de saúde conhece o histórico do seu paciente, melhores serão os resultados, e é assim que devem funcionar os modelos contemporâneos e resolutivos de cuidado.

A busca da excelência e de práticas inovadoras deve ser permanente e constitui um desafio que ultrapassa o conhecimento das ciências biológicas. A interlocução com as ciências sociais e econômicas deve ser permanente, como forma de manter modelos assistenciais mais eficientes, resolutivos, de qualidade superior e custos mais baixos, que possibilitem a inclusão e a redução de riscos.

No Nível 2 estarão armazenadas as informações de todas as instâncias de cuidado dentro do modelo assistencial.

Nível 3 – Ambulatório Geriátrico

O Nível 3, ambulatório especializado, está estruturado para atender idosos com síndrome geriátrica e fragilizados ou em processo de fragilização, que necessitam de acompanhamento especializado, mais pormenorizado e de maior complexidade, momento em que o cuidado deve ser realizado por médicos geriatras e equipe multidisciplinar de saúde.

Contratação do plano de saúde

O ideal é que a contratação do plano de saúde seja realizada durante o acolhimento, como forma de prestar todos os esclarecimentos necessários, marcando um início de relacionamento transparente e importante para as duas partes – de conhecimento de direitos e entrada ordenada e ativa no sistema de

saúde. A entrevista qualificada de adesão é um momento fundamental na contratação de um plano de saúde. Além de criar uma relação de confiança entre as partes, permite, para além das questões contratuais, o primeiro contato desse indivíduo com o plano e vice-versa. É uma oportunidade única para avaliação do paciente e sua inserção na rede de cuidados.

É parte integrante do contrato o preenchimento do documento de saúde (declaração de saúde), onde são informadas todas as possíveis doenças ou lesões preexistentes (DLP)¹⁰ e se estabelece a cobertura parcial temporária (CPT).¹¹ Seu preenchimento é necessário para compreender o contrato a ser assinado, definindo prazos de carência, procedimentos cobertos nos casos de urgência e emergência e cobertura oferecida nos casos de DLP. O preenchimento indevido pode caracterizar uma situação de fraude, o que pode acarretar suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato.

Existem vários instrumentos validados e confiáveis de avaliação. Um dos mais utilizados, que preenche todos os requisitos científicos, é o Prisma-7,¹² que consiste em sete perguntas – quando há quatro ou mais respostas positivas, o idoso é considerado frágil.

¹⁰ As DLP são relatadas pelo beneficiário ou seu responsável no momento da contratação ou adesão ao plano de assistência à saúde.

¹¹ A CPT é aquela que admite, por um período de até 24 meses a partir da data da contratação ou adesão ao plano de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de alguns procedimentos (leitos cirúrgicos, CTI e procedimentos de alta complexidade), desde que estes estejam relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou por seu representante legal.

¹² O questionário Prisma-7 foi desenvolvido no Canadá como parte do modelo Prisma de assistência à saúde do idoso e destinado ao rastreamento do risco de perda funcional. O instrumento é composto de sete itens dicotômicos, com respostas do tipo “sim” e “não”, e apresenta como benefícios a facilidade e rapidez de aplicação e respostas; maior objetividade; menor risco de parcialidade do entrevistador; menor possibilidade de erros e maior facilidade na análise dos resultados. As perguntas têm como base a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), estabelecida pela OMS para os termos autonomia e declínio funcional, mobilidade e dependência; atividades de vida cotidiana e suporte social (SAENGER, 2015).

Após a identificação de riscos (IR), o idoso é encaminhado para o nível de atenção mais condizente com suas necessidades. Usuários com baixo risco (<4, Prisma-7) são encaminhados para o Núcleo Integrado de Cuidado, onde é realizada a avaliação funcional breve por seu gerente de acompanhamento. Essa avaliação contempla os principais riscos em geriatria – perda sensorial, humor, cognição, uso medicação, mobilidade/funcionalidade, riscos sociais. Todas as informações e esclarecimentos então obtidos serão registrados no prontuário e mantidos até o final do percurso assistencial (SAENGER, 2015).

Usuários com IR maior do que 4 serão encaminhados para o Nível 3, onde seu gerente de acompanhamento e a equipe interprofissional geriátrica farão avaliações mais detalhadas, a fim de propor seu plano de intervenção.

O usuário, sempre que possível, deverá preencher a declaração de saúde mediante entrevista qualificada orientada por um profissional de saúde pertencente à contratada, sem qualquer ônus. Entretanto, em geral, o que se vê é a entrevista inicial ser realizada pelo corretor que vende o plano de saúde, que não costuma informar ao futuro usuário que preencheu sua declaração de saúde, pois seu interesse é vender o produto (plano). Essa relação com o usuário precisa mudar. Deve ser transparente, estabelecer um pacto baseado em verdades, e todas as ações realizadas devem ser cadastradas em um sistema de informações aberto no acolhimento e seguido até que o cliente deixe o plano¹³ (BRASIL, 2011).

Caso o paciente não aceite a ida ao Acolhimento (Nível 1), deve-se explicar que sem uma avaliação inicial não será possível aceitá-lo no plano de saúde, pois a lógica do sistema prevê adesão à proposta assistencial. Deve-se frisar que se trata

¹³ Idealmente, este prontuário deveria estar na nuvem e mesmo que o cliente mude de operadora, todas as informações, que são do cliente, deveriam estar disponíveis para serem acessadas pela nova empresa que assumisse o cuidado desse paciente.

de uma proposta nova, que visa melhorar sua qualidade de vida e saúde (VERAS; AMORIM, 2015).

O sistema de informação que se inicia com o registro do beneficiário é um dos pilares do programa. Trata-se de um registro eletrônico único, longitudinal, multiprofissional, que acompanha o cliente por todo seu percurso assistencial, permitindo monitoramento em todos os níveis, verificando a efetividade das ações para a tomada de decisão e o acompanhamento. Esse prontuário se diferencia dos existentes pelo fato de haver registro da história de vida do paciente e dos seus eventos de saúde.

A tomada de decisão técnica sobre o encaminhamento do cliente precisa ocorrer mediante pactuação do envolvimento na proposta de atenção à saúde e com base na avaliação do risco de incapacidade.

Obstáculos a serem enfrentados

Esta modalidade de cuidado, pelo fato de não ser usual no sistema de saúde público ou privado no Brasil, também contém alguns obstáculos que precisam ser debatidos e vencidos. Dentre eles, destacam-se:

1. A expectativa do usuário sobre o direito ao consumo em vez do cuidado é um dos pontos que merecem destaque. Na sociedade atual, a saúde se tornou um bem de consumo associado ao uso de alta tecnologia, sem qualquer relação com o resultado assistencial efetivo. Um bom atendimento de saúde significa, no imaginário das pessoas, ter acesso ilimitado a um conjunto de procedimentos possíveis de serem realizados. Há baixa educação em saúde ou orientação aos indivíduos sobre autocuidado ou estratégias de

promoção e prevenção. Não se espera comprar um plano de saúde para ter acesso a um cuidado organizado e planejado, mas sim para garantir acesso ilimitado, a seu bel-prazer, a toda uma rede de serviços de saúde na hora que desejar. A inversão dessa lógica é de extrema relevância para o adequado funcionamento do modelo, mas de difícil aceitação. Ao se propor uma porta de entrada no sistema, deseja-se oferecer todos os esclarecimentos para que ninguém se sinta enganado. Apesar de todas as explicações no momento do acolhimento, sabe-se que alguns clientes não aceitarão a proposta. É um direito de cada um optar por outro produto.

2. Para evitar qualquer mal-entendido entre o cliente e o modelo Bem Cuidado, sugere-se que este produto seja registrado na Agência que regula a Saúde Suplementar (ANS), como forma de ter todos os procedimentos documentados e total transparência na relação entre clientes e operadora. Esses esclarecimentos são necessários para evitar a judicialização, algo bastante usual na relação entre clientes e operadoras de saúde. Por esse motivo, devem ser prestados esclarecimentos prévios para que o cliente não se sinta enganado.

3. Necessidade de redesenhar a prestação de serviço, hoje orientada pela produção focada na alta complexidade e na fragmentação do cuidado em múltiplas especialidades, totalmente desarticuladas, que não se falam e que não registram em um prontuário único as múltiplas opiniões, além dos inúmeros fármacos e exames prescritos.

4. Necessidade de ofertar serviços resolutivos, pautado em modelos em que haja hierarquização dos cuidados, em protocolos validados, na utilização do instrumental epidemiológico e na gestão focada na atenção básica.

5. Necessidade de capacitação profissional voltada para uma lógica de atenção primária e pautada na busca ativa de casos e nas necessidades integrais do indivíduo.
6. Medo existente, no setor privado, de possíveis “processos agregados”, como a possibilidade de introdução de cobertura obrigatória ou aumento da judicialização dessas demandas. O antídoto é um contrato absolutamente transparente e detalhado, descrevendo o modelo e demonstrando ao cliente e sua família que prevalecem a lógica do cuidado e a qualidade assistencial. Em outras palavras, deve-se formalizar a proposta de cuidado de modo que nenhum cliente se veja surpreendido. Desde o início do processo, tudo deverá ser pautado pela explicação pormenorizada do modelo em todos os níveis.
7. Cultura da desconfiança na prestação de serviço entre os atores da saúde brasileira.
8. Necessidade de organização da gestão no setor privado, hoje ainda muito focada na área financeira e não na assistencial.
9. Necessidade de mudança do modelo de alta produção de procedimentos como forma remuneratória, sem nexos com a produção de resultados assistenciais.

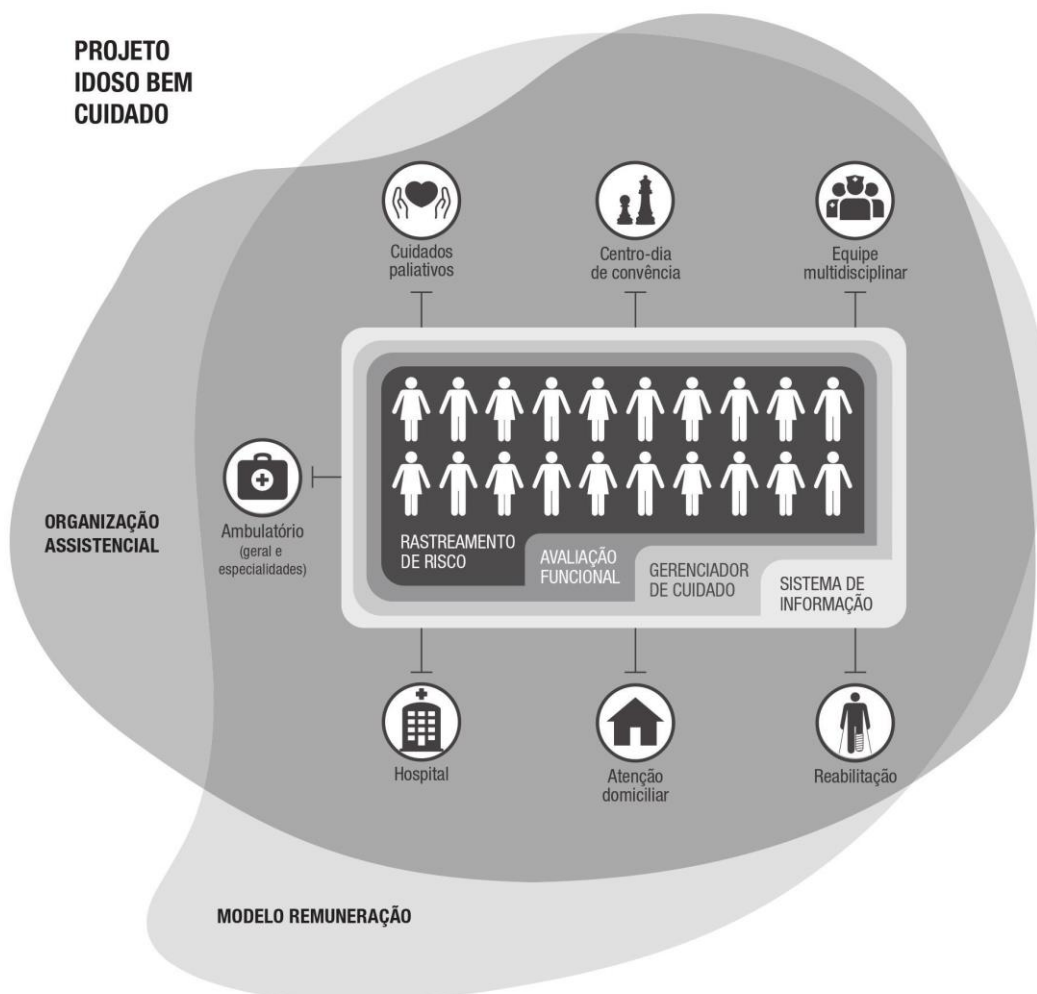
O modelo de remuneração

Na Figura 2, relativa à discussão do modelo assistencial (OLIVEIRA et al., 2016), aparece um elemento importante para o entendimento de uma nova proposta. Ele especifica a necessidade do alinhamento da remuneração dos profissionais de saúde com os serviços de atenção oferecidos.

O modelo hegemônico de remuneração dos serviços de saúde no Brasil, tanto no sistema público quanto nos sistemas de planos privados, ainda é o modelo de *fee-for-service* (FFS), que caracteriza essencialmente pelo estímulo à competição por usuários e pela remuneração por quantidade (volume) de serviços produzidos (SIKKA; MORATH; LEAPE, 2018).

É interessante o arranjo realizado na Figura 2, que apresenta em duas plataformas que se justapõem o sistema de remuneração e o modelo assistencial. Já se sabe que não basta mudarmos o modelo de remuneração sem mudarmos junto o modelo assistencial e vice-versa. Os dois são interdependentes, caminham juntos e se reforçam mutuamente.

Figura 2 - Projeto Idoso Bem Cuidado



Fonte: elaboração própria.

Outro elemento importante nesta discussão é que o modelo assistencial tem de ser aceito pelos clientes, pois a confiança que levará à fidelização é fundamental para que o processo ocorra no modo previsto. Para que o cliente se sinta bem cuidado, o modelo deve ser resolutivo e eficiente. Sendo assim, é justo e adequado que o profissional de saúde também seja contemplado e faça parte dessa conquista. Em uma relação do tipo ganha-ganha, todos do ecossistema precisam ser

beneficiados: pacientes, profissionais de saúde, prestadores de saúde e operadoras de planos de saúde.

A percepção da necessidade de mudança na lógica assistencial e da remuneração já se observa em vários países do mundo onde modelo do *fee-for-service* como forma única para remuneração passa para um modelo misto de remuneração envolvendo uma parte fixa e um pagamento por desempenho aos prestadores de serviços de saúde (P4P). Essa é uma tendência inexorável e em processo de expansão (BERWICK; NOLAN; WHITTINGTON, 2008).

Na presente proposta, é dada especial ênfase a profissionais de saúde bem treinados. Investe-se na qualificação e na formação continuada dos profissionais da equipe de saúde e oferecem-se bonificações pela boa performance – pagamento de cursos, participação em congressos ou pós-graduação. A excelência da equipe se reflete em resultados favoráveis para todos.

Considerações finais

Agregar o nome Bem Cuidado às instâncias leves de cuidado foi um movimento de fusão de ideias semelhantes e integração de propostas. O foco é a proposição de um modelo mais resolutivo e acolhedor, baseado no cuidado integral e no que há de mais atual e contemporâneo no conhecimento científico, com uma lógica pragmática aplicável a qualquer rede de atenção ao idoso, seja pública ou privada. No entanto, devido ao tamanho e à complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e às imensas diferenças político-estruturais entre os municípios que o compõem, o modelo termina por se voltar para o setor privado, uma vez que, para implantá-lo, é necessário dispor de uma agilidade que o setor público não tem.

Há vários anos, são realizados estudos e revisões constantes da literatura que possibilitam uma análise crítica sobre estudos que avaliam a efetividade de redes assistenciais integradas e coordenadas para a população idosa. As experiências analisadas apresentam um conjunto de serviços integrados entre atenção primária, hospitalar, centros-dia, serviços domiciliares e serviços sociais, com resultados efetivos para a garantia da qualidade da assistência – como redução da prevalência de perda funcional, melhora na satisfação e na qualidade de vida dos usuários e seus familiares, diminuição do uso da atenção hospitalar e economia para o sistema financiador.

São evidências de que é possível manter uma assistência de qualidade sem abrir mão da sustentabilidade – uma questão que se apresenta muito além da realidade brasileira (AZEVEDO, 2010).

Quando se observam os projetos internacionais, o médico generalista ou de família absorve integralmente para si de 85% a 90% das demandas dos seus clientes, sem necessidade da ação de um médico especialista. Além disso, o médico assistente pode utilizar profissionais de saúde com formações específicas (em nutrição, fisioterapia, psicologia ou fonoaudiologia). O cliente terá, portanto, uma gama muito maior de profissionais ao seu dispor (BENZER et al., 2014).

É importante frisar que no Brasil há um excesso de consultas realizadas por especialistas, pois o modelo atual de assistência prioriza a fragmentação do cuidado. Este problema cultural fica evidenciado ao observarmos o modelo inglês, o National Health Service (NHS), que tem como figura central de organização os *general practitioners* (GPs), médicos generalistas com alta capacidade resolutiva, que garantem a fidelização do paciente. O modelo americano, por sua vez, opta pelo encaminhamento para inúmeros médicos especialistas. Trata-se, no entanto, de dois

países ricos, de grande tradição na medicina, que utilizam modelos diferentes e proporcionam resultados também bastante distintos (SPOORENBERG, 2013).

Se já é sabido que a população está mais velha, que as doenças são crônicas e múltiplas, que os custos assistenciais se ampliam, que os modelos de cuidados são do tempo das doenças agudas e que o conhecimento da epidemiologia nos informa dos fatores de risco, cabe perguntar: por que continuar ofertando um produto tradicional e ultrapassado, se estão disponíveis todas as informações para oferecer ao idoso um modelo assistencial de cuidado em que todos ganham?

Cabe enfatizar que não se trata de ser contra o hospital ou a utilização de procedimentos de alta tecnologia. Mas apenas nos momentos necessários, pois entende-se que ações dessa natureza têm caráter excepcional. Os avanços 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, e isto não é exclusivo dos equipamentos e protocolos clínicos de tratamento hospitalar. Nas instâncias mais leves do cuidado também estão presentes instrumentos e métodos de última geração.

É possível reorientar a atenção à saúde da população idosa e construir uma organização no setor que permita melhores resultados assistenciais e econômico-financeiros. Basta que todos os envolvidos se percebam responsáveis pelas mudanças necessárias e se permitam inovar – o que, em muitas situações, significa resgatar cuidados e valores mais simples, que se perderam dentro do sistema de saúde brasileiro. É preciso iniciar a construção dessa nova forma de cuidar dos idosos. Já se perdeu muito tempo e não é possível esperar mais.

Referências

AZEVEDO, E. R. F. C. *Os desafios das operadoras de planos de saúde de autogestão em um cenário de envelhecimento populacional e cronificação de doenças*. 2010. 62 f. Monografia de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão de planos de saúde) – Universidade Anhanguera, UNIDERP e Rede LFG, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <www.santosediniz.com.br/mba-em-gestao-de-planos-de-Saude/tcc/eduardo-azevedo.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2011.

BAHIA, L. et al. Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 921-929, 2004.

BANCO MUNDIAL. *Population aging: is Latin America ready? Directions in development*. Washington, DC: The World Bank; 2011.

BENZER, J. K. et al. Sustainability of quality improvement following removal of pay-for-performance incentives. *Journal of General Internal Medicine*, v. 29, n. 1, p. 127-132, 2014.

BERWICK, D.M.; NOLAN, T.W.; WHITTINGTON, J. The triple aim: care, health and cost. *Health Aff*, v. 27, p. 759-69, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2011.

CALDAS, C. P. et al. Rastreamento do risco de perda funcional: uma estratégia fundamental para a organização da Rede de Atenção ao Idoso. *Ciênc Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3495-3506, 2013.

LIMA, K. C. et al. Effectiveness of intervention programs in primary care for the robust elderly. *Salud Pública de México*, v. 57, p. 265-274, 2015.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MORAES, E. N. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização. Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p.

OLIVEIRA, M. et al. *Idoso na saúde suplementar*: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor. Rio de Janeiro: ANS, 2016. 132 p.

OLIVEIRA, M.; VERAS, R.; CORDEIRO, H. A Saúde Suplementar e o envelhecimento após 19 anos de regulação: onde estamos? *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro , v. 20, n. 5, p. 624-633, out. 2017.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PORTER, M.E.; TEISBERG, E.O. *Repensando a saúde*: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Editora Artmed, 2009.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saude Publica*. Rio de Janeiro v. 19, n. 3, p. 793-8, 2003.

SAENGER, A. L. *Rastreamento do risco de perda da autonomia funcional no idoso que reside na comunidade: tradução e adaptação transcultural do Instrumento Prisma-7*. Tese (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

SIKKA, R.; MORATH, J. M.; LEAPE, L. The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work. Editorial. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/>> Acesso em: 28 jan 2018.

SPOORENBERG, S. L. W. et al. Embrace, a model for integrated elderly care: study protocol of a randomized controlled trial on the effectiveness regarding patient outcomes, service use, costs, and quality of care, *BMC Geriatrics*, v. 13, n. 62, 2013.

THE LANCET. Measuring the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: a baseline analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, v. 388, p. 1813-50, 2016. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31467-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31467-2)>. Acesso em: 28 jan. 2018.

VERAS, R. P. A necessária gestão qualificada na área da saúde: decorrência da ampliação do segmento etário dos idosos. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*. Rio de Janeiro, n. 3, p. 31-9, 2011b.

_____. Conhecimento científico, políticas públicas e regulação na área de saúde: um novo paradigma. *Rev Bras Geriatr Gerontol.*, v. 17, n. 2, p. 233-234, 2014.

_____. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, v. 14, p. 779-86, 2011a.

_____. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciênc Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 231-238, 2012.

VERAS, R. P. et al. Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 385-392, 2013.

VERAS, R. P.; AMORIM, A. E. Modelo de Atenção à Saúde do Idoso - a ênfase sobre o primeiro nível de atenção. In: LOZER, A. C. et al. (Orgs.). *Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar*. Brasília, DF: OPAS; Rio de Janeiro: ANS, 2015. 192 p. (Cooperação em saúde suplementar no Brasil). p. 73-84.-4

VERAS, R. P.; PARAHYBA, M. I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2479-2489, 2007.

VERAS, R.; OLIVEIRA, M. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. *Rev. bras. geriatr. gerontol*. Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 887-905, dez. 2016.