



## Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo

### Care pathway for the elderly: detailing the model

Renato Veras<sup>1</sup>

#### Resumo

Sabemos que 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. Os modelos assistenciais vigentes são do tempo em que o Brasil era um país de jovens e de doenças aguda. A preocupação com um modelo de cuidado de maior qualidade, mais resolutivo e com melhor relação custo efetividade, não é uma preocupação somente brasileira. O mundo todo está debatendo o tema, reconhecendo a necessidade de mudanças e propondo melhorias em seus sistemas de saúde. O mesmo ocorre entre nós, a reflexão deste texto, comentado pela Dra. Martha de Oliveira, diretora da ANS, está em sintonia com esse movimento. Estamos privilegiando a lógica que valoriza as instâncias leves e o monitoramento constante, o médico responsável por uma carteira de clientes e que os acompanha em todas as instâncias de cuidado. Como se vê, o texto propõem um cuidado integrado, um fluxo de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos. É hora de mudar e inovar!

**Palavras-chave:** Serviços de Saúde para Idosos. Cuidados Integrals de Saúde. Monitoramento. Percursos Assistenciais.

#### Abstract

Greater knowlegde of patient history among health professionals leads to improved results. This is how the contemporary and resolute models of care recommended by the most important national and international health agencies work. Current models of care stem from a time when Brazil was a country of young people and acute diseases. But the desire for a higher quality, more efficient and more cost-effective model of care is not only a Brazilian phenomenon. The whole world is debating the issue, recognizing the need for change and proposing improvements in their health systems. The same thing is occurring here. The theme of this text, as Dr. Martha de Oliveira, director of the Agência Nacional de Saúde Suplementar (National Agency Of Supplementary Health) (ANS) comments below, is in agreement with this movement. We advocate a logic that prioritizes low-intensity interventions and constant monitoring, with the doctor responsible for a

**Keywords:** Health Services for the Aged . Integral Health Care. Monitoring. Care Pathways.

<sup>1</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI/ UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

portfolio of clients who he or she accompanies throughout the different care settings. The text proposes integrated medical treatment, a flow of educational actions, health promotion, the prevention of preventable diseases, the postponement of illness, early care intervention and rehabilitation from sickness. It is time to change and innovate!

## INTRODUÇÃO

O idoso tem particularidades bem conhecidas – mais doenças crônicas e fragilidades, mais custos, menos recursos sociais e financeiros. Envelhecer, ainda que sem doenças crônicas, envolve alguma perda funcional. Com tantas situações adversas, o cuidado do idoso deve ser estruturado de forma diferente do que é realizado para o adulto, com uma assistência especial. A prestação de serviços de saúde, atualmente, fragmenta a atenção ao idoso, com multiplicação de consultas de especialistas, informação não compartilhada, 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.<sup>1-3</sup>

O cuidado para com o idoso tem de ser estruturado de forma diferente da que é realizada para com o adulto. Os modelos assistenciais são do tempo em que o Brasil era um país de jovens, hoje somos um jovem país de cabelos brancos.

Sabemos que a projeção demográfica para os próximos anos mostrará uma população mais envelhecida – portanto, o panorama atual só tende a piorar se o modelo se mantiver inalterado. O aumento da longevidade acarreta maior uso dos serviços de saúde, gerando mais custos, ameaçando a sustentabilidade do sistema e gerando novas demandas. Os modelos assistenciais são do tempo em que o Brasil era um país de jovens e de doenças agudas; agora somos um país envelhecido e de doenças crônicas. A promoção e a educação em saúde, a prevenção e retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia são ações que precisam ser ampliadas.<sup>4,5</sup>

Um modelo contemporâneo de saúde do idoso precisa reunir um fluxo de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis,

postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos. Ou seja, uma linha de cuidado ao idoso que pretenda apresentar eficácia e eficiência deve pressupor uma rede articulada, referenciada e com um sistema de informação desenhado em sintonia com essa lógica.

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

Um dos problemas da maioria dos modelos assistenciais vigentes talvez seja o foco exclusivo na doença. Mesmo quando se oferece um programa com uma lógica de antecipação dos agravos, as propostas são voltadas, prioritariamente, para a redução de uma determinada moléstia, esquecendo que numa doença crônica já estabelecida o objetivo não deve ser a cura, mas a busca pela estabilização do quadro clínico e o monitoramento constante, de forma a impedir ou amenizar o declínio funcional.<sup>6</sup>

Os estudos evidenciam que a atenção deve ser organizada de maneira integrada e os cuidados precisam ser coordenados ao longo do percurso assistencial numa lógica de rede, desde a entrada no sistema até os cuidados ao fim da vida.

Portanto, os novos modelos de atenção à saúde para idosos são aqueles que apresentam uma proposta de linha de cuidados, com foco em ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças

evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação<sup>7</sup>.

O modelo é baseado na identificação precoce dos riscos de fragilização dos usuários. Uma vez identificado o risco, a prioridade é a reabilitação precoce, a fim de reduzir o impacto das condições crônicas na funcionalidade; busca-se intervir antes de o agravo ocorrer. A ideia é monitorar a saúde, não a doença; a intenção é postergar a doença, a fim de que o idoso possa usufruir seu tempo a mais de vida. Assim, a melhor estratégia para um adequado cuidado do idoso é utilizar a lógica de permanente acompanhamento da sua saúde, tê-lo sempre sob observação, variando apenas os níveis, a intensidade e o cenário da intervenção<sup>8</sup>.

Pode-se pensar, desta forma, em um conjunto de ações assistenciais estruturadas para atender a determinado agravo de saúde do indivíduo, com base numa avaliação de risco. Esse risco é composto por aspectos clínicos, sociais, econômicos e ambientais, entre outros.

Os níveis hierárquicos devem ser parte integrante do projeto terapêutico e do ‘caminho’ assistencial a ser percorrido pelo usuário. Essa integração é definidora do sucesso do modelo, inclusive do ponto de vista financeiro.

A hierarquização da rede possibilita pelo menos dois elementos fundamentais para o cuidado do idoso: a diminuição de iatrogenia e a organização do fluxo de cuidados. As diretrizes e os protocolos

clínicos também são essenciais na construção do projeto terapêutico. Eles devem direcionar a boa prática, serem pautados na melhor evidência disponível e adequados a cada situação clínica. O plano terapêutico é o fio condutor para o fluxo da linha do cuidado, e esta estabelece o percurso assistencial de acordo com suas necessidades<sup>9</sup>.

Visando à eficácia do modelo assistencial, deve-se ampliar a gestão da informação, valorizar o conhecimento científico e reduzir o poder absoluto das máquinas. Torna-se necessário mudar a lógica assistencial, que se encontra defasada. Por este motivo, os gestores devem buscar intervenções que visem diminuir o uso das instâncias avançadas de cuidado (entre elas o hospital), ampliar a oferta de cuidados em instâncias mais leves (entre as quais, o núcleo integrado de cuidado), sempre que possível em caráter preventivo, fora do ambiente hospitalar.

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

O modelo que propomos é composto por cinco níveis hierarquizados de cuidado – acolhimento, núcleo integrado de cuidado, ambulatório geriátrico, e os cuidados complexos de curta duração e longa duração (Figura 1) –, mas é nos três primeiros níveis, nas instâncias leves de cuidado, que se faz a diferença<sup>10</sup>.

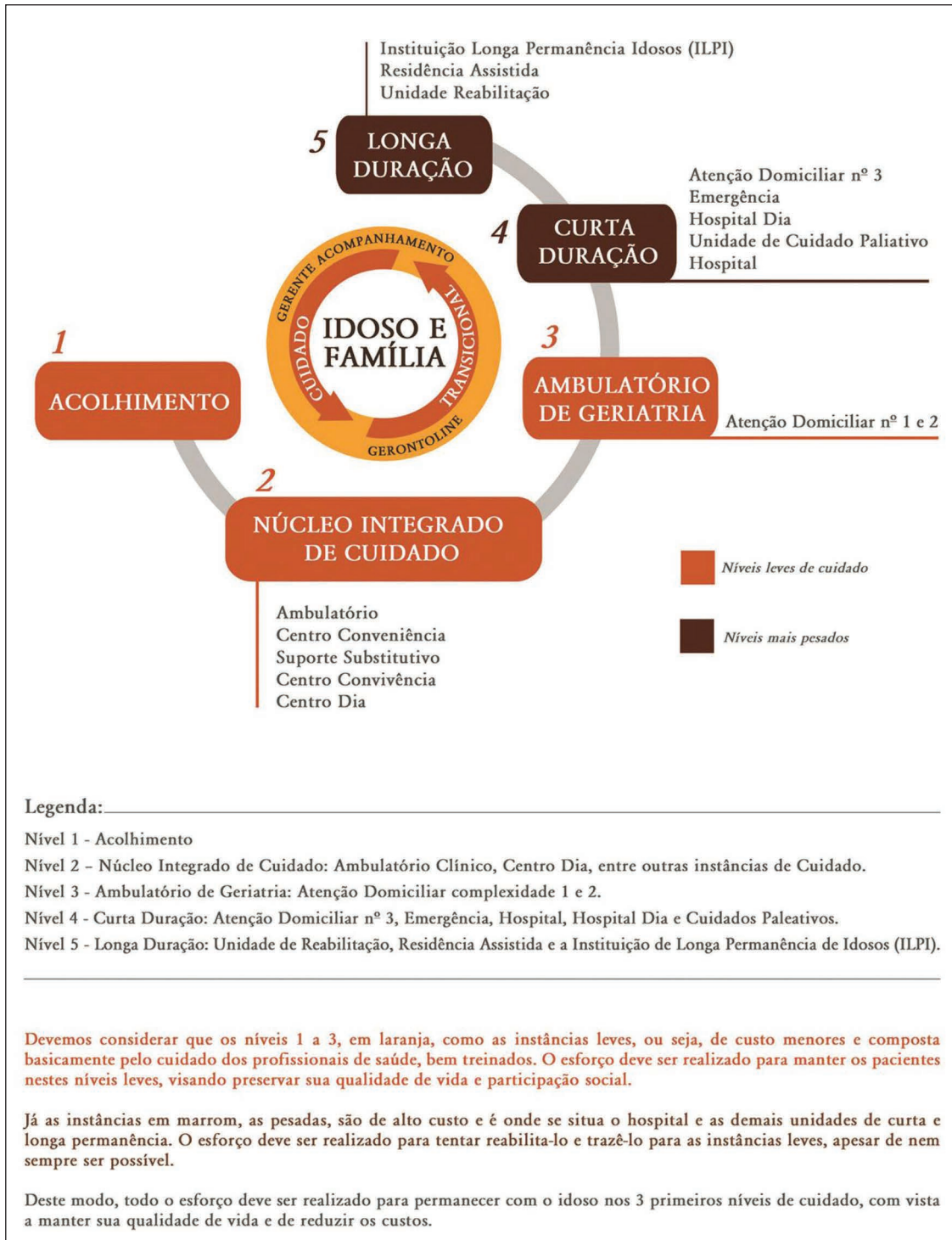


Figura 1. Modelo brasileiro de cuidado integrado ao idoso. Rio de Janeiro, RJ, 2016.

Deve-se desenhar um modelo em que haja várias instâncias de cuidado anteriores ao hospital, que é equivocadamente visto como local privilegiado da cura. Esse é um erro conceitual. A internação de pessoas idosas deve apenas ocorrer no momento agudo da doença crônica, pelo menor tempo possível ou em casos de urgências<sup>11,12</sup>.

A porta de entrada no sistema tem de ser o local facilitador para que o cliente e sua família sintam-se protegidos e amparados. É nessa instância, do primeiro contato, que o usuário é informado de todas as possibilidades e dos percursos assistenciais. Acolher é fundamental para quem chega, e um estímulo para desenvolver confiança e fidelizar-se.

A proposta de linha de cuidado ao idoso deve ser 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 os cerne desse modelo. 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.

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

## O modelo necessário

Existem quatro aspectos que fundamentam a porta de entrada (ou nível 1) do modelo: acolhimento, fidelização, integralidade e avaliação do risco de fragilização/incapacidade.

Devemos considerar que, no modelo construído, os níveis 1 a 3, em laranja (Figura 1), são as instâncias leves, ou seja, de custos menores e compostas,

basicamente, pelo cuidado dos profissionais de saúde, todos bem treinados. O esforço deve ser realizado para manter os pacientes nesses níveis leves, visando preservar sua qualidade de vida e sua participação social. Já as instâncias em marrom, as pesadas, são de alto custo e é onde se situam o hospital e as demais unidades de longa permanência. O empenho deve ser para tentar reabilitar o paciente e trazê-lo para as instâncias leves, apesar de nem sempre ser possível. Busca-se, portanto, permanecer com o idoso nos três primeiros níveis de cuidado, com vistas a preservar sua qualidade de vida e reduzir os custos. A meta é concentrar nessas instâncias mais de 90% dos idosos<sup>11</sup>.

Os modelos de atenção para esse segmento etário precisam ser centrados na pessoa, considerando suas necessidades especiais. O cuidado deve ser gerenciado desde a entrada no sistema até o fim da vida, com acompanhamento constante. Sabemos que os idosos possuem especificidades decorrentes de doenças crônicas, de fragilidades orgânicas e sociais<sup>13</sup>. A reprodução gráfica do modelo (Figura 1) auxilia na compreensão de aspectos importantes do modelo proposto. A entrada através do Nível 1 (acolhimento) garante um acesso consciente, um início pautado na transparência das regras de funcionamento, das carências, dos direitos e deveres, da atenção ofertada, da bonificação e premiação existentes. Constitui-se, portanto, a porta de entrada, um momento crucial para estabelecimento da empatia e da confiança, elementos fundamentais para a fidelização do usuário.

Outro diferencial importante 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, assim como o apoio do gerente de acompanhamento e as chamadas telefônicas realizadas para ou pelo “GerontoLine” (denominação que demos para um *call-center* qualificado e resolutivo, que será comentado mais adiante). Isto permite um compartilhamento da informação, possibilitando avaliação mais integral do indivíduo, inclusive com o prontuário médico da unidade hospitalar regido por normas específicas.

O gerente de acompanhamento é um profissional da área de saúde, geralmente uma enfermeira, que recebe e acompanha o idoso e a família a partir

do nível 2 (Núcleo Integrado de Cuidado). O instrumento breve de identificação de risco feita no ingresso permite um marco zero de monitoramento e parâmetro para acompanhamento do plano terapêutico entre os diferentes pontos da rede. Esse 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 por meio da interlocução entre o discurso assistencial e o paciente, normalmente em situação de fragilidade. Para manter a qualidade da assistência, recomenda-se que cada gerente de acompanhamento tenha até 300 idosos sob sua responsabilidade (para 20 horas semanais de trabalho, sugerimos uma carteira de 300 clientes), como forma de garantir o estabelecimento da confiança e da vinculação com o idoso, valores inerentes a uma assistência qualificada<sup>14</sup>.

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 ao seu gerente de acompanhamento.

O “GerontoLine” será um serviço de apoio onde o idoso e seus familiares sintam-se protegidos, tenham suas necessidades atendidas e suas dúvidas esclarecidas sobre a assistência recebida. Deve funcionar como um diferencial, exercendo o papel de facilitador e reforço na relação empresa-segurado. A equipe de atendentes deve ser formada por pessoal qualificado, sob a coordenação de um profissional com formação em psicologia, cujo 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. O “GerontoLine” deve ser um canal de comunicação efetiva, de apoio à assistência e aos demais serviços ofertados.

No nível 3 (ambulatório geriátrico), destacamos a importância da equipe multidisciplinar composta por médico, enfermeiro e assistente social. Eles realizam a 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. Esse nível também é o local onde se localiza o atendimento domiciliar de baixa e média complexidades.

Com relação aos familiares da pessoa idosa, observamos que há modelos distintos, com arranjos variados, do que podemos considerar como participação – existem idosos que vivem sós, sem suporte de uma rede familiar, e isso não quer dizer que não haja amigos ou empregados; outros convivem com acompanhantes; uns são assistidos 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<sup>15</sup>.

A busca da excelência e de práticas inovadoras deve ser permanente e constitui um desafio que ultrapasse 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<sup>16,17</sup>.

O geriatra deveria possuir uma carteira de clientes. Para cada carteira de clientes deveria haver uma dupla formada pelo Médico e pela Enfermeira. A Enfermeira é a Gerente de Cuidados, a responsável pelo acompanhamento dos clientes. É o suporte para o Médico, para o cliente e para a sua família. Com um eficiente sistema de Informação, um “GerontoLine” qualificado, uma Gerente de Cuidado e um Médico com sua carteira de clientes, as chances de sucesso são bem maiores. O modelo de remuneração deve estimular a Performance eficiente dos profissionais. Enfim, a melhor proposta é aquela em que todos ganham!

## Acolhimento: o início do processo

Detalharemos aqui a proposta para o primeiro nível, que é a porta de entrada do sistema, local do acolhimento, cadastramento e início do processo de monitoramento do perfil de saúde do idoso<sup>18,19</sup>.

O nosso modelo é composto de cinco níveis. O nível 1 é o do acolhimento. Acolher faz toda a diferença e é fundamental para que o idoso e sua família possam desenvolver confiança no sistema e, assim, fidelizarem-se. Durante o primeiro contato com a empresa, deve haver a apresentação do modelo de assistência. A atitude do profissional da porta de entrada deve ser educativa, com esclarecimentos sobre a forma de atendimento, a lógica das intervenções, as ações disponíveis e explicações da proposta do plano com base no modelo de promoção e prevenção e de níveis hierárquicos diferenciados<sup>20</sup>.

É de fundamental importância que esse momento seja muito bem estruturado e que passe confiança e uma excelente impressão da proposta assistencial da empresa. É aqui que a pessoa é informada sobre os diferenciais do modelo – integralidade, seu médico assistente, acompanhamento individualizado por meio de um gerente de acompanhamento, do “GerontoLine”, das avaliações constantes, da equipe de saúde, da atenção global do cuidado, entre outros elementos, mais do que a mera assistência clínica. Um importante esclarecimento refere-se ao médico do paciente. A centralidade desse modelo dá-se por meio do médico gestor ou médico assistente. Esse profissional é o condutor do processo. Caso ele precise de um parecer ou considere ser necessária a intervenção de um médico que domine uma área específica, o médico assistente encaminhará seu paciente para um especialista. A condução do caso, no entanto, é responsabilidade do generalista. Após a consulta com o especialista, tudo será registrado no prontuário único do paciente e este voltará para o seu médico<sup>21</sup>.

Nos projetos internacionais, o médico generalista ou de família absorve integralmente para si de 85% a 90% dos seus clientes, sem necessidade da ação de um médico especialista. Além disto, o médico assistente pode utilizar os profissionais de saúde com formações específicas (em nutrição, fisioterapia, psicologia ou fonoaudiologia). Portanto, o cliente terá uma gama

muito maior de profissionais ao seu dispor, mas quem indica e encaminha é seu médico assistente. Importante também frisar que no Brasil há um excesso de consultas realizadas por especialistas. Isso ocorre porque o modelo atual de assistência prioriza a fragmentação do cuidado. Esse problema cultural fica evidenciado ao se observar o modelo inglês, o *National Health Service* (NHS), que tem como figura central de organização os *General Practitioners* (GP), médicos generalistas com alta capacidade resolutiva, permitindo estabelecer a fidelização do paciente com o referido profissional. O modelo americano, por sua vez, opta pelo encaminhamento para inúmeros médicos especialistas. Estamos falando de dois países ricos, de grande tradição na medicina, que utilizam modelos diferentes e proporcionam resultados também bastante distintos<sup>22</sup>.

Solicitamos a fidelização do cliente a nossa proposta assistencial. Mas, o que oferecemos? Propomos para aqueles que aderirem a esse cuidado uma BONIFICAÇÃO. O estímulo pecuniário através da concessão de bonificação mostra-se uma ação bastante eficiente, onde TODOS ganham, o cliente com a melhoria de sua saúde e a empresa com a redução dos custos.

O início desta nova relação deve ser pautado em aspectos técnicos assistenciais, além das questões administrativas e financeiras inerentes ao contrato – nada deve ser omitido. O vínculo inicial deve ser baseado na confiança e na transparência, para que o usuário possa decidir se deseja ou não participar, dado que sua adesão implica bonificações e premiações vinculadas ao uso dos serviços, como incentivos concedidos pelo plano de saúde e fomentados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A recusa em participar é um direito do cliente e não impossibilita a sua admissão em um outro momento. O mesmo ocorre para os clientes idosos já usuários da empresa, os quais poderão aderir a este novo produto.

O início do processo ocorre quando o novo cliente é convidado a conhecer o que estamos propondo e obter todos os esclarecimentos de um profissional de saúde treinado e que desempenha uma função muito mais ampla do que a de um mero corretor de venda de um plano de saúde. Contudo, caso já seja cliente da empresa e esteja mudando de produto, a oferta para adesão pode acontecer durante uma consulta

ambulatorial ou na internação. O profissional de saúde responsável pelo acolhimento vai aonde o usuário está sendo atendido, como forma de captação e ampliação da cobertura de participantes na nova proposta assistencial.

O primeiro atendimento deve ser realizado por um profissional de saúde, com formação em geriatria ou gerontologia, normalmente uma enfermeira, que irá explicar 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. Essa profissional fará uma ampla exposição das ações propostas, enfatizando, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção de doenças, além de todos os percursos assistenciais da rede de atenção, permitindo ao usuário uma compreensão abrangente do modelo. Deve-se detalhar de modo claro e didático aos usuários os vários procedimentos que serão realizados, diferenciais que acreditamos 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.

Julgamos importante, no entanto, que haja um médico presente na 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 tem que intervir. A confiança e a fidelidade ao sistema são consequências da percepção do usuário do quanto ele é respeitado e do que lhe é oferecido e de que há vantagens para ambos: o idoso percebe sua saúde bem cuidada e se sente protegido; a operadora obtém a fidelização com custos mais baixos.

Em função do pequeno conhecimento da sociedade sobre este modo de cuidar, muitos pacientes e seus familiares poderão ficar em dúvida e se recusar a optar por esse produto. É importante frisar que nenhum usuário será obrigado a participar da proposta assistencial ofertada. Neste caso, fará uso do plano de saúde convencional e a operadora não poderá recusar aqueles que não desejam participar, como determina a Lei nº 9.656, de 03/06/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, ratificada pela Súmula Normativa nº 27 da ANS, de 10/06/2015, que proíbe a seleção de riscos pelas operadoras de planos de saúde, tanto na contratação como na exclusão de beneficiários<sup>23</sup>.

Neste 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. Durante o acolhimento, é aberto um registro eletrônico único, longitudinal e multiprofissional. Lá estarão armazenadas as informações de todas as instâncias de cuidado do modelo assistencial, desde o primeiro contato até o cuidado paliativo na fase final da vida. Esse registro deve conter informações sobre a história clínica e os exames físicos do paciente idoso, mas é essencial que tenha informações sobre seu dia a dia, sua família, seu apoio social, entre outras. Seu prontuário deverá também contar com os registros dos demais profissionais não médicos, como fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos, entre outros.

A participação da família, a explicação das atividades do "núcleo integrado de cuidado" (nível 2, a ser explicado) 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 poderá ter 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.

Este modelo é pautado pelo monitoramento do paciente em todos os níveis, verificando a efetividade das ações para tomada de decisões e acompanhamento. Como forma de organizar o acesso aos níveis do modelo, é realizada uma triagem epidemiológica básica, de poucas perguntas que permitam identificar algumas características operacionais para priorizar o atendimento e utilizar os recursos adequadamente, por meio da aplicação de um instrumento breve de identificação de risco (IR). A tomada de decisão técnica sobre o encaminhamento do cliente precisa ocorrer mediante a 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", definindo prioridades com base na necessidade e não na perversa busca de senha para atendimento.



O importante é que a identificação de risco seja aplicada em todos os usuários em seu ingresso no modelo. Pode ser autoaplicável, anterior a ida ao acolhimento (nível 1), permitindo uma acolhida ao usuário com informações prévias.

Existem vários instrumentos validados e que preenchem todos os requisitos científicos de qualidade. Para a porta de entrada, no nível 1, sugerimos utilizar o questionário Prisma-7. Desenvolvido no Canadá, ele é destinado ao rastreamento do risco de perda funcional do idoso. Composto de sete itens, apresenta como benefícios a facilidade e a rapidez da aplicação e das respostas (do tipo sim/não), maior objetividade, menor risco de parcialidade do entrevistador, menor possibilidade de erros e maior facilidade na análise dos resultados<sup>24</sup>.

Além da identificação de risco realizada no acolhimento, na fase inicial do processo, os demais instrumentos epidemiológicos serão utilizados anualmente a partir da etapa posterior, ou seja, o nível 2. As informações farão parte do prontuário eletrônico do paciente e serão mantidas até o final do percurso assistencial. O médico e a sua gerente de acompanhamento, além da equipe interprofissional geriátrica, farão avaliações mais detalhadas, a fim de propor um plano de intervenção.

Propomos que a ratificação da contratação do plano de saúde seja realizada durante o acolhimento, como forma de garantir que todos os esclarecimentos sejam prestados e não haja nenhuma dúvida por parte do cliente, possibilitando, deste modo, um início de relacionamento transparente. O início dessa nova relação deve ser pautado em aspectos técnicos assistenciais, além das questões administrativas e financeiras inerentes ao contrato terapêutico – nada dever ser omitido.

A entrevista qualificada de adesão é um momento de grande importância durante a contratação de um plano de saúde, pois, além de criar uma relação de confiança entre as partes, permite que o foco não seja exclusivo na relação contratual. 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) e se estabelece a cobertura parcial temporária (CPT).

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, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou à rescisão unilateral do contrato.

O usuário deve sempre preencher a declaração de saúde mediante entrevista qualificada orientada por um profissional de saúde pertencente à contratada, sem qualquer ônus. Entretanto, sabemos que essa entrevista inicial, que consideramos de grande importância para a fidelização do cliente no modelo assistencial proposto, é realizada pelo corretor que vende o plano de saúde, o qual, com frequência, não informa ao futuro usuário que preencheu sua declaração de saúde, pois seu interesse é vender o produto.

A relação com o usuário precisa mudar. Deve ser transparente, estabelecer um pacto baseado em verdades. As ações realizadas devem ser registradas no sistema de informações, que deve ser aberto no acolhimento e seguido até o final da vida do paciente<sup>25</sup>.

O modelo de hierarquização de cuidado propicia o conhecimento de seus usuários, seu perfil e suas necessidades, de modo a organizar da melhor forma a prestação de serviços. Uma coisa é certa: sem a organização do cuidado do idoso e sem a elaboração de um plano de cuidados, o envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de doenças podem deixar de ser oportunidades, tornando-se entraves à sustentabilidade do sistema de saúde suplementar brasileiro.

Importante ressaltar que a proposta apresentada não tem por objeto apenas a discussão de mecanismos de redução dos custos em saúde. Esse fator é um elemento importante do contexto, como tantos outros que nos movem em busca de um objetivo mais amplo, que é o cuidado integral do idoso. O modelo apresentado tem por compromisso e meta a melhoria da qualidade e da coordenação do atendimento prestado desde a porta de entrada no sistema e por todo o contínuo do cuidado, evitando redundâncias de exames e prescrições, interrupções na trajetória do usuário e a iatrogenia gerada pela desarticulação das intervenções em saúde.

O hospital e a emergência sempre serão instâncias de cuidado importantes para a atenção à saúde, mas é preciso redefinir e recriar a função que exercem na rede assistencial atualmente. Essas unidades de cuidado devem ser reservadas prioritariamente para os momentos de agudização da doença crônica<sup>26</sup>.

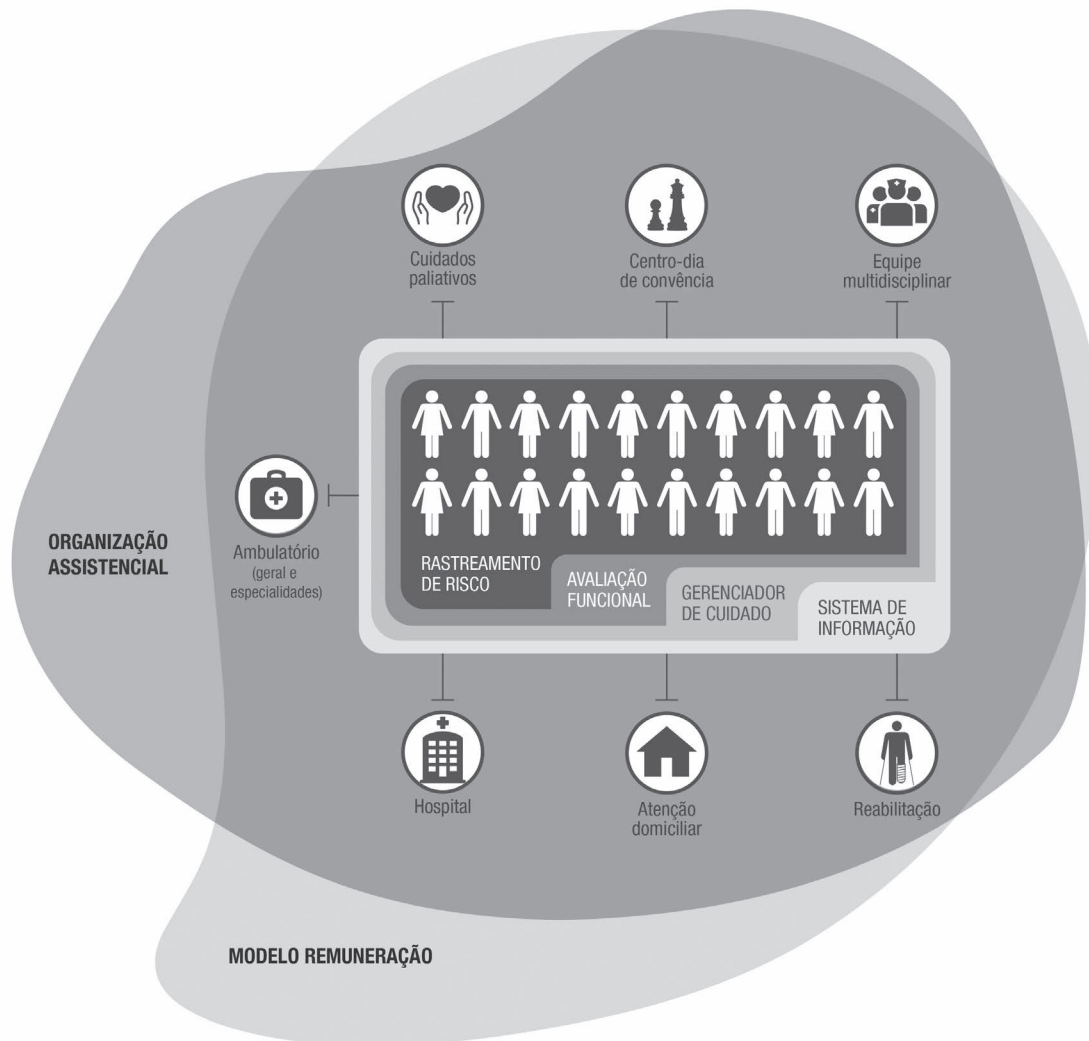
### Detalhando os gráficos do modelo

O vínculo inicial deve ser pautado na confiança e na transparência, para que o usuário possa escolher participar ou não do modelo, dado que sua adesão pode implicar bonificações e premiações vinculadas ao uso dos serviços, como incentivos concedidos pelo plano de saúde e incentivados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A Figura 2 foi apresentada no livro “Idosos na Saúde Suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor”, do Projeto Idoso Bem Cuidado, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Tanto a Figura 2 como a Figura 1 seguem a lógica do cuidado, da integralidade e da busca pelas mudanças necessárias. É necessário inovar no cuidado, na forma de remunerar e avaliar a qualidade ofertada. Vale a pena ressaltar a ênfase conferida ao modelo e à remuneração, como pode ser visto nas duas plataformas sobrepostas: uma relativa ao modelo assistencial e outra relativa ao modelo de remuneração.

Triade para o sucesso! 1. O médico e a enfermeira são responsáveis por uma carteira de clientes. 2. O cliente receberá estímulo financeiro (bonificação) para aderir ao modelo assistencial, que é baseado no monitoramento e na fidelização à equipe de saúde. 3. A remuneração do médico e da equipe de saúde será estabelecida a partir do sucesso no cuidado. Melhor performance, maiores valores. Reconhecemos que os profissionais de saúde são mal remunerados.

A Figura 2 mostra, com importância semelhante, a qualidade do cuidado oferecido pelo médico assistente, sua carteira de clientes e sua remuneração variável. Ênfase também é conferida, no centro do gráfico, à carteira de clientes, às avaliações funcionais, ao rastreamento de risco, ao gerenciador de cuidados e a um eficiente sistema de informações, que registra todas as ações dos clientes. Também é destacada a importância das várias instâncias de cuidado, como o ambulatório, o hospital, a atenção domiciliar, a reabilitação, a equipe multidisciplinar, o centro de convivência e o cuidado paliativo. Todas fazem parte da rede de cuidado e estão integradas por meio do sistema de informação e do seu médico assistente, que é a referência clínica por todo o seu percurso no modelo. Fica bastante evidente que o hospital é apenas uma das instâncias. Está em igualdade com as demais, mas superado pela importância das ações preventivas, que estão no centro do modelo. A lógica, nas instâncias leves é do cuidado integral, da equipe multidisciplinar e do médico responsável pelo paciente.



**Figura 2.** Projeto Idoso Bem Cuidado. Rio de Janeiro, RJ, 2016.

A Figura 1 apresenta o sumário gráfico do modelo desenvolvida pela Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI/UERJ). No centro estão colocados alguns elementos-chave. Há a preocupação de incluir o idoso e sua família, um destaque para a figura do gerente de acompanhamento e do “GerontoLine”, ou seja, estruturas que reforçam a centralidade no cliente e em sua família e as facilidades de comunicação entre profissionais de saúde e cliente. Também há uma mensagem relevante ao estruturar o modelo em cinco segmentos, com cores distintas para os grupos 1 a 3 (instâncias de cuidado mais leves) e para os grupos 4 e 5 (instâncias mais pesadas). O detalhamento dos cinco grupos permite um melhor entendimento da filosofia baseada na funcionalidade, não na doença.

Nesta primeira figura, no nível 2, encontra-se o Núcleo Integrado de Cuidado, uma unidade que se caracteriza por ser o ponto de atenção da rede. Inclui sistemas de apoio à vida autônoma e independente, com ações de alimentação, serviços de suporte à família, “GerontoLine”, centro de convivência e conveniência (local onde se podem adquirir facilidades para os idosos – equipamentos variados, compra de pacotes de turismo, ingressos e transportes para lazer, como teatros e visitas a museus, ou seja, tudo que facilite a vida do idoso e seus familiares), além de serviços de reabilitação e apoio ao cuidado e ao autocuidado. Trata-se, enfim, 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<sup>27</sup>.

O idoso 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 ambulatório clínico localizado no nível 2 é aquele onde estarão os idosos com uma patologia e de baixa demanda. O nível 3 é para os idosos de múltiplas patologias e que necessitam de um apoio geriátrico mais robusto.

O terceiro nível (ambulatório especializado ou geriátrico) está estruturado para atender idosos com síndrome geriátrica e fragilizados ou em processo de fragilização, os quais necessitam de acompanhamento especializado, mais pormenorizado e de maior complexidade. O cuidado deve ser realizado por médicos geriatras e equipe multidisciplinar de saúde.

No nível geriátrico, o acompanhamento é realizado por equipe multiprofissional, voltando sua abordagem para a manutenção e reabilitação da funcionalidade. Trata-se de um ambulatório geriátrico, voltado para o idoso mais frágil ou de maior risco, que demanda esse tipo de intervenção. As ações visam interromper/diminuir a evolução da fragilidade, paralelamente à redução dos custos. O atendimento domiciliar (consulta e procedimento) também pertence a essa estação de cuidado.

Como já mencionado, é essencial saber o quanto as doenças crônicas impedem o idoso de exercer suas atividades rotineiras de forma autônoma e independente. É no nível 3 que a avaliação geriátrica multidimensional será aplicada, pois é um instrumento importante para precisar um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequado para um planejamento assistencial efetivo. A prática médica mostra que a diminuição da capacidade funcional do idoso é que o tornará dependente de um nível mais complexo de assistência. E ela poderá ser ocasionada pela evolução da própria patologia

de base, por sua má administração e sequelas ou pela inadequada assistência recebida – seja familiar, social ou institucional.

O atendimento domiciliar constitui uma modalidade de atenção substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção/tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade e integração a redes de cuidados. A atenção domiciliar pode ser disponibilizada em três categorias diferentes:

- a) atendimento domiciliar nível 1: adequado a pacientes idosos, que residem só e têm dificuldade de deambular. Neste caso, se o serviço não for domiciliar, o idoso fica sem assistência e seu quadro só tende a se agravar. Na verdade, essa modalidade de nível 1 é semelhante a uma consulta ambulatorial;
- b) atendimento domiciliar nível 2: utiliza tecnologia relativamente simples e é indicado quando o paciente necessita de procedimento que pode ser realizado no domicílio, como reabilitação após fratura, feridas e outras convalescenças após internação hospitalar;
- c) atendimento domiciliar nível 3: utiliza estrutura bastante semelhante à do hospital e funciona bem para os idosos, que permanecem em sua residência e no seu quarto, sem riscos de infecção hospitalar e em um ambiente ao qual está acostumado.

O quarto e o quinto níveis do modelo devem ser usados com parcimônia, em momentos precisos e sempre com o acompanhamento da equipe do projeto. Dividimos as instâncias de cuidado mais "pesadas" (em marrom no gráfico) em dois grupos: os de curta duração e os de longa duração<sup>28</sup>.

É no quarto nível que se encontra o atendimento domiciliar de maior complexidade, ou de nível 3, pois apostar em instalações hospitalares e espaços para tratamentos ultra especializados é ir contra uma tendência que aponta para o risco de amargas perdas – sejam econômicas ou do ponto de vista do cuidado. O avanço tecnológico das últimas décadas proporcionou a miniaturização e automação de equipamentos de alta tecnologia,

tais como os respiradores mecânicos, as bombas de infusão, as máquinas de diálise e os equipamentos de administração de medicamentos, tornando-os mais usuais, simples e de mais baixo custo. Pode-se, portanto, transferir parte da parafernália hospitalar para o interior da residência do paciente.

Procedimentos cirúrgicos que demandavam vários dias de internação foram reduzidos à metade. Procedimentos vários que antes demandavam hospitalização são realizados em consultórios/ambulatórios, trazendo mais conforto, reduzindo as chances de infecção hospitalar, além de uma conta menor para o pagador. Esses fatores levam a uma menor utilização do hospital, com a consequente ampliação dos procedimentos realizados no próprio lar (*home-care*).

Sabemos que sempre iremos necessitar de bons hospitais. Além do mais, nem todos os pacientes e residências são elegíveis para o tratamento domiciliar. Não é propósito, portanto, passar uma concepção niilista. O que não é razoável é transformarmos os hospitais em porta de entrada do sistema de saúde, quando a medicina mais contemporânea mostra que essa instância de cuidado, além de mais caro, deve a ficar restrita a indicações precisas. O *home-care* não é um modismo, apenas uma modalidade mais contemporânea de cuidar. Aliás, a “invenção” do moderno hospital é que é algo recente. Até bem pouco tempo atrás, o cuidado se dava na residência<sup>29</sup>.

À semelhança dos níveis anteriores, o nível 4 também trabalha com a lógica preventiva e tem por objetivo reduzir a progressão e as complicações de uma doença já sintomática, sendo aspecto importante da terapêutica e da reabilitação. Sabemos da importância do hospital e não desprezamos sua capacidade no processo de recuperação de um doente, mas essa instância deve ser reservada para casos bem específicos e definidos e pelo menor período possível. Após a remissão da fase aguda, a assistência domiciliar pode ser o melhor local para continuação do tratamento. Reservamos os *hospices* ou cuidados paliativos, na fase terminal, para um curto período e para casos específicos. O mesmo se aplica as outras instâncias do nível 4, que se caracteriza por um acompanhamento de curto prazo e pelo encaminhamento para uma instância mais adequada tão logo seja possível. No nível 4,

o tempo de internação deve ser curto, inclusive no segmento *hospice* ou na Unidade de Internação de Cuidados Paliativos, que deve ser utilizada apenas em fase terminal, visando amenizar todas as formas possíveis de sofrimento.

No nível 5 observa-se uma grande contradição na lógica assistencial. Embora reconhecidas na área da saúde, as instâncias de longa duração não contam com cobertura do setor privado. No setor público, por sua vez, esses locais têm sua gestão transferida para instituições filantrópicas, religiosas ou para o segmento social do governo. Infelizmente, as instâncias de longa duração, são vistas como depósitos de idosos doentes, particularmente os asilos, locais que, em sua maioria, funcionam como repositório de problemas sociais, de abandono e de muito pouca atenção da área da saúde.

Não deveria ser assim, pois neste quinto nível encontra-se a unidade de reabilitação para casos que exijam acompanhamento por longo período. Já as residências assistidas são alternativas interessantes para manter o idoso sob proteção da família, em local não institucionalizado, preservando os laços afetivos e um apoio afetivo mais intenso. As instituições de longa permanência para idosos, apesar de não serem uma opção prioritária, podem ser os únicos locais para idosos sem família ou com dificuldade financeira. Essa estrutura acaba sendo a única saída para o cuidado de um paciente com essas características. Em suma, o nível 5 de cuidado exige uma política mais inclusiva e uma participação mais efetiva dos setores público e privado para evitar o abandono no último período da vida. Como são ações de longo curso, a discussão fundamental diz respeito à estruturação de um mecanismo de financiamento, caso contrário pouco avanço será alcançado.

Para o sucesso deste modelo, portanto, é preciso que os clientes sejam orientados a fazer parte dos programas e ações propostas, em vez da lógica vigente de utilizar o plano de saúde apenas quando da realização de exames ou da entrada em um hospital já com doença em estágio avançado. O modelo reúne todas as instâncias de cuidado, não exclui absolutamente nada em relação à assistência requerida – aliás, inclui novas unidades normalmente não oferecidas aos clientes de muitas prestadoras de saúde – e prioriza a lógica do cuidado em instâncias

mais “leves”. Nelas se oferece a melhor assistência possível, com profissionais treinados e qualificados, baseados nas modernas concepções científicas de atendimento. Em síntese, nossa proposta é investir na saúde para reduzir o gasto com a doença.

### Especificidades e características do modelo

Os modelos de atenção do segmento populacional dos idosos precisam ser centrados na pessoa, considerando suas características e necessidades. O cuidado precisa ser gerenciado desde a entrada no sistema até o fim da vida, com a integralidade dos serviços e das ações ofertadas de forma planejada, com acompanhamento constante. Sabemos que os idosos possuem especificidades decorrentes da própria idade, como doenças crônicas, de fragilidades orgânicas e sociais, com maior custo para seu cuidado. Diante de tantas situações adversas, o cuidado do idoso tem de ser estruturado de forma diferente e especial.

Alguns aspectos do modelo são fundamentais e serão descritos com maior detalhamento a seguir:

- a) Ao chegar ao nível 1, no momento do acolhimento, o novo usuário é apresentado ao modelo e tem a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas. O primeiro atendimento deve ser realizado por um profissional de saúde, que irá explicar a linha do cuidado e suas várias instâncias de atendimento, estabelecendo uma relação de confiança entre o usuário, sua família e o modelo de cuidado proposto. Esse profissional fará uma ampla exposição das ações propostas, enfatizando, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção de doenças, além de todos os percursos assistenciais da rede de atenção, permitindo uma compreensão abrangente do modelo. Deve-se detalhar de modo claro e didático aos usuários os vários procedimentos que serão realizados, diferencial que acreditamos ser benéfico e que visa melhorar a qualidade de vida e de saúde dos idosos, do mesmo modo que a participação do idoso deve ser incentivada, porque faz parte desse modelo de atenção à saúde.
- b) O ideal para um sistema de saúde organizado e resolutivo é que se tenha um Registro Eletrônico

de Saúde (RES), que é um repositório eletrônico de informações a respeito da saúde dos usuários. Idealmente, esse repositório precisa ter padrões mínimos para que seja acessível em qualquer instância do sistema e pelo próprio paciente. Sinaliza-se que na concepção e implementação do RES devem estar contemplados requisitos de sigilo e privacidade de dados pessoais dos pacientes, com níveis de acesso diferenciados conforme a natureza da informação disponibilizada, em acordo à legislação federal em vigor sobre o tema. Um diferencial importante é a proposição de registrar os “percursos assistenciais” do paciente, por meio de um sistema de informação amplo, que anote não somente a evolução clínica da pessoa idosa, mas também sua participação em ações de prevenção individuais ou coletivas. Da mesma forma, o apoio do gerente de acompanhamento e as chamadas realizadas para ou pelo que estamos chamando de “GerontoLine” permitem um compartilhamento da informação, possibilitando uma avaliação mais integral do indivíduo, inclusive com o prontuário médico da unidade hospitalar.

- c) A avaliação funcional é definidora da estratificação e da alocação correta do paciente idoso em sua linha de cuidado, além de ser capaz de antecipar seu comportamento assistencial.

Há uma série de instrumentos de avaliação para rastreamento de risco e organização da porta de entrada do sistema de saúde, validados e traduzidos para o português. Para esse primeiro contato, sugerimos a utilização do Prisma-7. Sabemos que a autonomia funcional é um importante preditor da saúde do idoso, mas avaliar sistematicamente toda a população idosa utilizando escalas longas e abrangentes não é o ideal. A abordagem em duas fases, concentrando a avaliação completa apenas nos idosos em situação de risco, captados por um processo de triagem, é mais eficaz e menos onerosa.

Portanto, para essa primeira fase (da triagem rápida), devemos utilizar um instrumento com os seguintes critérios:

- ser simples e seguro;
- ter tempo de aplicação curto e baixo custo;

- ter suficiência em precisão para detectar o risco investigado;
- ser validado para a população e para a condição a ser verificada;
- ter sensibilidade e especificidade aceitáveis;
- apresentar um ponto de corte bem definido.

O processo de validação e adaptação transcultural do questionário Prisma-7 para o Brasil mostrou que o ponto de corte referente à pontuação 4 (quatro ou mais respostas positivas) é o ideal. O instrumento não requer material especial, qualificação ou treinamento. O tempo de aplicação é de três minutos e os níveis sociocultural e de escolaridade não influenciam na compreensão das questões.

O Prisma-7 tem sido utilizado sistematicamente na porta de entrada do sistema de saúde do Canadá e pela British Geriatrics Society e pelo Royal College of General Practitioners, na Inglaterra, como instrumento de rastreio para perda funcional e fragilidade.

Após a aplicação desse instrumento de triagem rápida no nível 1, o resultado obtido vai para o sistema de informação. O idoso fará novas avaliações funcionais em outra instância de cuidado. No nível 1 será realizado apenas o Prisma-7. Nos níveis 2 e 3, o paciente será submetido aos demais instrumentos que fazem parte dessa avaliação funcional. A Escala de Katz, que avalia as atividades de autocuidado na vida diária, e a Escala de Lawton, para as atividades instrumentais, são exemplos de instrumentos universalmente utilizados. Na nossa proposta, utilizaremos alguns dos importantes protocolos já traduzidos e validados no Brasil.

- d) O “GerontoLine” é um diferencial; um *call-center* que funciona como serviço de apoio aos idosos e seus familiares. Seu papel é manter relacionamento direto com os usuários e atender suas demandas.
- e) O gerente de acompanhamento é um profissional da área de saúde (geralmente, um enfermeiro)

que acompanha o idoso e sua família a partir do nível 2 (Núcleo Integrado de Cuidado). A avaliação funcional breve feita no ingresso permite um marco zero de monitoramento e serve de parâmetro para acompanhamento do plano terapêutico entre os diferentes pontos da rede. Esse profissional é responsável pela transição do cuidado entre os serviços e reavalia anualmente, ou quando necessário, a capacidade funcional da pessoa, incentivando-a a participar do processo. Sua função é de extrema importância para o modelo proposto e sua atuação segue a mesma lógica do navegador (*navigator*) americano, criado para orientar os pacientes com câncer a circular dentro da rede de cuidados e seguir os protocolos.

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

- f) O médico do paciente, aquele médico da família de antigamente, atende no ambulatório localizado no nível 2 do modelo, mas acompanha o idoso em todas as instâncias de cuidado. Caso o paciente seja internado no hospital, o médico não o assistirá nessa unidade da rede, porém, como seu responsável e ponto de referência, ele será informado de tudo que acontece, ao lado da sua enfermeira, e manterá contato com o médico do hospital, da internação domiciliar ou de qualquer outra instância de cuidado. O importante é garantir que todo cliente terá seu médico, independentemente do local da assistência. A relação entre médico, gerente de acompanhamento e paciente deve ser intensa.

O modelo completo é composto de 5 níveis, no entanto, são nos 3 primeiros que se faz a diferença. Por este motivo, ênfase é conferida aos 3 primeiros níveis de cuidado. Nosso foco, portanto, é para um modelo mais resolutivo e acolhedor, baseado no cuidado integral e no que há de mais atual e contemporâneo no conhecimento científico. Não negamos e não somos contrários, e nem

abandonamos as demais instâncias de cuidado, mas a “novidade” do modelo não está no hospital nem no asilo.

### Tendência de mudança

A preocupação com um modelo de cuidado ao idoso de maior qualidade e mais efetivo não é somente brasileira. O mundo todo está debatendo o tema, reconhecendo a necessidade de mudanças e propondo melhorias em seus sistemas de saúde.

O mesmo ocorre entre nós, ao apresentarmos os estudos realizados na UnATI/UERJ e no âmbito do projeto Idoso Bem Cuidado, da ANS. Os gráficos que resumem esses trabalhos sintetizam de forma perfeita o modelo que buscamos. Não existe um modelo único, mas uma lógica que privilegia as instâncias leves, o monitoramento constante, um serviço telefônico eficiente, o médico responsável por uma carteira de clientes e que o acompanha em todas as instâncias de cuidado, uma enfermeira que trabalha em dupla com seu médico, o trabalho em equipe, o uso do instrumental epidemiológico para monitorar a funcionalidade e um prontuário eletrônico de qualidade. Todos esses elementos fazem um contraponto ao modelo baseado nos médicos especialistas, na desarticulação dos profissionais, no uso prioritário do hospital, no consumo elevado de fármacos e no excesso dos exames laboratoriais e de imagem<sup>30</sup>.

Em síntese, existem algumas sugestões de modelos de linhas de cuidado. O importante é que cada instituição de saúde tenha conhecimento de sua população, seu perfil e suas necessidades, de modo a construir a melhor forma de organizar sua prestação de serviços. Uma coisa é certa: sem a organização do cuidado do idoso e a elaboração de um plano de cuidados, o envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de doenças crônicas no setor público ou suplementar de saúde brasileiro podem deixar de ser oportunidades e se tornar entraves à própria sustentabilidade do sistema.

### CONCLUSÃO

A proposta deste modelo de cuidado integrado para o idoso configura-se como um fluxo de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos. Ou seja, uma linha de cuidado para o idoso que seja um percurso assistencial por dentro de uma rede articulada, referenciada e com um sistema de informação desenhado em sintonia com essa lógica.

Transformar a lógica do cuidado em saúde no Brasil é um grande desafio e também uma necessidade. E ganha uma relevância ainda maior quando falamos da atenção à saúde de pessoas em situações de maior vulnerabilidade, como é o caso dos idosos. Esse tipo de mudança e inovação precisa ser construída no cotidiano dos serviços, na formação dos profissionais de saúde, na forma como o sistema de saúde é gerido e organizado para a assistência e em seu financiamento. Não há como falar de reorganização da prestação dos serviços sem falar de modelos de remuneração, pois um determina o outro. Precisamos enfrentar esse debate para avançar em direção a uma maior qualidade do cuidado em saúde e para que seja possível remunerar de forma adequada outras instâncias de cuidado e novas formas de produzir saúde – como o Núcleo Integrado de Cuidado e as instâncias de cuidado de transição – imprescindíveis em um cenário de prevalência de doenças crônicas.

Acreditamos que é possível envelhecer com saúde e qualidade de vida, desde que todos os atores do setor se percebam responsáveis pelas mudanças necessárias e se permitam inovar. Inovar no cuidado, na forma de remunerar e avaliar a qualidade do setor<sup>31</sup>.

Lembramos sempre que, muitas vezes, inovar significa resgatar cuidados e valores mais simples, que se perderam dentro do nosso sistema de saúde. Já perdemos muito tempo; precisamos agora iniciar a construção dessa nova forma de cuidar dos idosos. Não podemos mais esperar.



## Comentário de Especialista

### Envelhecer: Uma conquista da nossa sociedade; precisamos garantir que seja com saúde e qualidade!

Martha Oliveira<sup>1</sup>

903

Comentar o relevante texto do professor Renato Veras é para mim um privilégio. Sua trajetória de estudos e propostas para um sistema de saúde melhor para o idoso no Brasil são fundamentais para que essa conquista da nossa sociedade - ter uma maior expectativa de vida - se dê em plenitude.

O atual modelo assistencial no Brasil privilegia a baixa qualidade nos serviços e a ineficiência, remunerando por volume, num sistema fragmentado e desarticulado.

Temos algumas tecnologias em excesso e vários aparatos em saúde que simplesmente não se desenvolveram no Brasil, em especial na saúde suplementar, como atenção domiciliar e o cuidado paliativo, entre outros.

O idoso, por ter maior vulnerabilidade e maior utilização do sistema de saúde, é um dos mais prejudicados pelo atual modelo assistencial.

Como cita Don Berwick do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), “Todo sistema de saúde é perfeitamente desenhado para atingir os resultados que se atinge”. Nosso sistema de saúde conseguiu fazer transição demográfica (envelhecemos), transição epidemiológica (temos agora tripla carga de doenças), transição nutricional (saímos da desnutrição para a obesidade), mas não conseguimos fazer a tão necessária transição nas nossas instituições de saúde, que permanecem organizadas para tratar doenças agudas, infecciosas.

Alguns elementos são necessários em um sistema para que se possa mudar os resultados em saúde:

avaliação e remuneração que levem em consideração a qualidade e sistema de informações que possa facilitar a linha de cuidado do paciente, são alguns deles.

Para se alterar esse modelo, precisamos pautar essas mudanças em eixos que também foram citados no texto do Prof. Renato: avaliação funcional, um médico centralizador do cuidado, um gerente de acompanhamento, equipe multiprofissional.

Também se destaca a importância dos níveis hierarquizados de cuidado, que organizam o caminho desse idoso, de acordo com sua linha de cuidado.

Todo esse modelo descrito traz como proposta uma reorganização do cuidado que já se demonstrou ser muito mais eficaz e de menor custo para o sistema de saúde. Significa de forma simples fazer o necessário, de forma correta, com foco no elemento mais importante de todo processo que é o paciente.

Outra proposta destacada seria contar com a participação do próprio idoso no modelo, se utilizando de estratégias que possam ajudar no convencimento da importância do cuidado preventivo, como a bonificação que poderia ser utilizada pelos planos de saúde.

Para finalizar, chegou a hora de incluirmos em nossas discussões em torno da formação profissional e organização dos serviços o debate sobre curar e cuidar. Estamos precisando nos organizar para cuidar das pessoas, num sistema de saúde que até agora focou em curar pacientes. Isso fará grande diferença nesse momento de envelhecimento populacional.

<sup>1</sup> Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Desenvolvimento Social. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

## REFERÊNCIAS

1. Veras RP, Caldas CP, Cordeiro HA. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. *Physis*. 2013;23(4):1189-1213.
2. Banco Mundial. Envelhecendo em um Brasil mais velho: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços. Washington, DC: The World Bank; 2011.
3. Da Silveira DP, Araújo DV, Gomes GHG, Lima KC, Estrella K, 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.
4. BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar. Bonfim EG, Coelho KSC, Pasinato MT, De Oliveira MR, Veras RP, elaboração técnica. Rio de Janeiro: ANS; 2013.
5. Veras RP, Estevam A. Modelo de atenção à saúde do idoso: ênfase sobre o primeiro nível de atenção. In: Organização Pan-Americana da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar. Lozer AC, Godoy CVC, Leles FAG, Coelho KSC, organizadores. Brasília, DF: OPAS; 2015. p.73-84. Co-publicação Agência Nacional de Saúde Suplementar.
6. Veras RP. A urgente e imperiosa modificação no cuidado à saúde da pessoa idosa [Editorial]. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(1):5-6.
7. Veras RP, Caldas CP, Da Motta LB, De Lima KC, De Siqueira RC, Rodrigues RTSV, et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(2):357-65.
8. Veras RP, Caldas CP, Cordeiro HA, Motta LB Da, De Lima KC. Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(2):385-92.
9. Veras RP, Amorim AE. Relatório final UNATI/ UERJ: Projeto: Modelo de hierarquização da atenção ao idoso com base na complexidade dos cuidados: proposta de monitoramento dos três níveis de cuidado na assistência suplementar. Rio de Janeiro; 2015. Contrato BR/CNT/1401445.001.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
11. Ramos LR, Andreoni S, Coelho-Filho JM, Lima-Costa MF, Matos DL, Rebouças M, et al. Perguntas mínimas para rastrear dependência em atividades da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(3):506-13.
12. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília, DF: OPAS; 2012.
13. Veras RP. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(4):779-86.
14. De Lima KC, Veras RP, Caldas CP, Da Motta LB, Bonfada D, Santos MM, et al. Effectiveness of intervention programs in primary care for the robust elderly. *Salud Pública Méx*. 2015;57(3):265-74.
15. Veras RP. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(10):1834-40.
16. Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [acesso em 12 de dezembro de 2012.];17(1):231-8. Disponível em: [http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=8612](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=8612)
17. BRASIL. Resolução Normativa - RN nº. 265, de 19 de agosto de 2011. Dispõe sobre a concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação em programas para População-Alvo Específica e programas para Gerenciamento de Crônicos. Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2011. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/texto\\_lei.php?id=1796](http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=1796)
18. BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2013.
19. De Lima KC, Caldas CP, Veras RP, Correa RF, Bonfada D, De Souza DLB, et al. Health Promotion and Education: a study of the effectiveness of programs focusing on the aging process. *Int J Health Serv*. Epub 2 agosto de 2016.
20. Caldas CP, Veras RP, Da Motta LB, Guerra ACLC, Trocado CVM. Atendimento de emergência e suas interfaces: o cuidado de curta duração a idosos. *J Bras Econ Saúde*. 2015;7(1):62-9.

21. Gordilho A, Sérgio J, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espíndola N, et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2000.
22. Veras RP. A necessária gestão qualificada na área da saúde: decorrência da ampliação do segmento etário dos idosos. J Bras Econ Saúde. 2011;3(3):31-9.
23. Foucault M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1990.
24. Veras RP, Lima-Costa MF. Epidemiologia do envelhecimento. In: De Almeida Filho N, Barreto ML. Epidemiologia e Saúde: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 427-37.
25. Lima-Costa MF, Veras RP. Saúde pública e envelhecimento [Editorial]. Cad Saúde Pública. 2003;19(3):700-1.

Recebido: 28/11/2016

Revisado: 01/12/2016

Aprovado: 06/12/2016