



PACIENTES GERIÁTRICOS: PERSPECTIVA GERAL SOBRE A COORDENAÇÃO DE CUIDADOS CONTÍNUOS E INTEGRADOS

Rafael Siqueira de Carvalho, Marcos Gustavo Batista Nogueira, Gabriele Arja de Abreu dos Santos, Ivana Maria Herenio dos Santos, Ned Augusto Rocha da Silva Júnior, Ila Gabriela Azevedo Ferreira, Ana Paula Marques Alves, Anielle Lima Martins Santos, Eduardo Augusto Souza Alves, Letícia Freitas, Ramon Sales Bessa, Raul Muzzi Barcelos, Vinicius Nilson Angelini, Ana Paula Marques Alves, Flavia Renata Bradassio Migliorança, Roberta Priscila Baccili Castilho Matos.

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

Uma das conquistas da humanidade foi a ampliação do tempo de vida. Chegar à velhice antes era um privilégio para poucos e hoje passou a ser comum mesmo em países carentes, no entanto, o envelhecimento da população não basta por si só, é necessário que o aumento da expectativa de vida esteja associado também à qualidade e conforto para a velhice. Além de uma maior ocorrência de doenças, a população idosa também pode enfrentar problemas sociais, cognitivos e funcionais, por isso, sua necessidade de assistência à saúde é maior e acabam utilizando uma quantidade desproporcional de recursos de saúde. Tendo isso em mente, objetiva-se neste trabalho analisar e identificar as melhores estratégias para atender de forma eficaz os pacientes idosos a partir do olhar da coordenação de cuidados continuados geriátricos, realizando um estudo aprofundado com base nos indicadores do programa *Cuidar+*, que atualmente recebe 16010 pacientes, com média de 75 anos de idade, que são assistidos por enfermeiros que acompanham sua evolução. Com esta análise busca-se como resultado o mapeamento da situação do idoso no país e do avanço científico nesta área, visando contribuir para o avanço da discussão sobre o modelo e sua consolidação na saúde suplementar.

Palavras-chave: Coordenação de cuidados; idoso; atenção primária à saúde.

GERIATRIC PATIENTS: GENERAL PERSPECTIVE ON THE COORDINATION OF CONTINUOUS AND INTEGRATED CARE

ABSTRACT

One of the achievements of humanity was the extension of life span. Reaching old age was previously a privilege for a few and today it has become common even in poor countries, however, the aging of the population is not enough in itself, it is necessary that the increase in life expectancy is also associated with quality and comfort for old age. In addition to a greater occurrence of diseases, the elderly population can also face social, cognitive and functional problems, therefore, their need for health care is greater and they end up using a disproportionate amount of health resources. Bearing this in mind, the objective of this work is to analyze and identify the best strategies to effectively care for elderly patients from the point of view of the coordination of geriatric continuing care, carrying out an in-depth study based on the indicators of the Cuidar program, which currently receives 16010 patients, with an average age of 75 years, who are assisted by nurses who monitor their evolution. With this analysis, the aim is to map the situation of the elderly in the country and the scientific progress in this area, aiming to contribute to the advancement of the discussion about the model and its consolidation in supplementary health.

Keywords: Coordination of care; elderly; primary health care.

Dados da publicação: Artigo recebido em 24 de Maio e publicado em 14 de Julho de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n7p1365-1382>

Autor correspondente: *Rafael Siqueira de Carvalho*

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

Uma das maiores conquistas da humanidade foi a ampliação do tempo de vida. Chegar à velhice, antes um privilégio de poucos, hoje passou a ser comum mesmo nos países menos desenvolvidos. Apesar de importante, o envelhecimento da população deve ser acompanhado de qualidade de vida. O fenômeno de aumento da expectativa de vida ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, porém, recentemente, nos países em desenvolvimento, o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada. No Brasil, o número de idosos (≥ 60 anos de idade) passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975, e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos) e alcançou a marca de 33 milhões em 2022 (LIMA-COSTA, 2003).

Nesse cenário, o maior desafio é agregar qualidade aos anos adicionais de vida. A transição demográfica e a melhoria dos indicadores sociais e econômicos do Brasil, em comparação com décadas anteriores, trouxeram a ampliação do contingente de idosos e, conseqüentemente, uma maior pressão fiscal sobre os sistemas de saúde público e privado, visto que, ao aumentar a população, ampliam-se os gastos (VERAS, 2015). A atual prestação de serviços de saúde fragmenta a atenção a esse grupo etário, com multiplicação de consultas de especialistas, informação não compartilhada, inúmeros fármacos, exames clínicos e de imagem, entre outros procedimentos que sobrecarregam o sistema, gerando impactos financeiros consideráveis.

Evidencia-se, portanto, a necessidade de melhoria na coordenação dos cuidados, visando estabelecer conexões de modo a alcançar o objetivo maior de prover/atender às necessidades e preferências dos usuários na oferta de cuidados em saúde, com elevado valor, qualidade e continuidade (ALMEIDA, 2018). Na literatura internacional, identifica-se uma ampla gama de definições para coordenação do cuidado, que envolvem elementos de integração vertical e horizontal entre ações, serviços e distintos profissionais de saúde, com utilização de mecanismos e instrumentos específicos para planejamento da assistência, definição de fluxos, troca de informações sobre e com os usuários, monitoramento dos planos terapêuticos e das necessidades de saúde, a fim de facilitar a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempo oportunos (MCDONALDS, 2014).



O primeiro modelo de cuidado integrado descrito na literatura foi o *Managed Care*, concebido nos EUA, no início da década de 80, como uma resposta ao consumo excessivo de recursos, a escassez de ações preventivas de saúde, a falta de responsabilização do cuidado aos pacientes, a ineficiência da gestão e ao modelo de cuidado assistencial fragmentado. Sua essência é a condução clínica de um paciente por um médico generalista, que recebe um salário fixo para atender uma determinada quantidade de pacientes. Em caso de necessidade, este médico encaminha o paciente para o especialista, de acordo com (FAIRFIEL,1999).

O cuidado integrado pode ser aplicado para qualquer população ou grupo de doenças. Contudo é um modelo direcionado aos idosos e aos portadores de doenças crônicas diante das peculiaridades destas populações, tais como as interferências na autonomia e na independência dos pacientes oriundas do envelhecimento e de determinadas sequelas presentes nas doenças crônicas incapacitantes, como as síndromes demenciais, a esclerose lateral amiotrófica, a cardiopatia e a doença pulmonar crônica, as nefropatias, o diabetes e as neoplasias (VERAS,2012). A trajetória do cuidado integrado na saúde suplementar no Brasil também apresenta heterogeneidade na nomenclatura, no conceito e nos modelos praticados. Qualquer que seja a forma de organização do serviço, como o gerenciamento de saúde, o gerenciamento de doenças, o gerenciamento de caso, todos objetivam reduzir custo assistencial (FONSECA,2015).

No livro *Repensando a Saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*, M. Porter e E. Teisberg (PORTER;TEISBERG,2007), defendem que a saúde precede a assistência. Para os autores, é latente a necessidade de medir e minimizar o risco de doenças, oferecer um gerenciamento abrangente das enfermidades e garantir serviços de prevenção para todos os idosos, inclusive os saudáveis. Afirmam que a saúde deve abranger a preparação para o serviço (aumentando a eficiência da cadeia de valor), intervenção, recuperação, monitoramento e gerenciamento da condição clínica, garantia de acesso, mensuração de resultados e, por fim, disseminação da informação. Portanto, é importante realizar uma abordagem integral do indivíduo, possibilitando que as equipes de saúde avaliem o paciente por diferentes perspectivas.

Nesta faixa etária em específico, o conceito de doença única, onde uma só patologia é responsável por denegrir todo o quadro clínico do doente, não se aplica. Uma

determinada doença pode levar à falha de um sistema, que acaba levando à falha de outro. Por esse motivo, o idoso deve ser avaliado não apenas em função da sua queixa principal, mas deve-se considerar seu histórico pregresso, alimentação e nutrição, acuidade visual e auditiva, incontinência urinária, sexualidade, vacinação, avaliação cognitiva, humor, mobilidade, quedas, suporte social e familiar e medicações, além da avaliação funcional.(HOFFMAN,2017)

Diante disso, podemos dizer que, em todos os níveis de atenção à saúde, impõe-se a necessidade do trabalho em equipe para uma abordagem integral dos fenômenos que interferem na saúde do idoso, rompendo com uma cultura institucional centrada numa divisão hierarquizada de trabalho na abordagem do processo saúde-doença. A ação interdisciplinar pressupõe a realização de um plano de cuidado compartilhado pelos vários profissionais de saúde e se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração das disciplinas, no interior de um projeto específico (JAPIASSUL,1976, Apud SANTOS & CUTOLO, 2003).

É importante ressaltar que esse contexto supracitado é previsto no Plano Nacional de Saúde 2012-2015 que estabelece como uma de suas diretrizes a garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa, com estímulo ao envelhecimento ativo e ao fortalecimento das ações de promoção e prevenção a saúde, de modo a ampliar, sobretudo, o seu grau de autonomia e independência para o autocuidado – envolvendo familiares e comunidade. Com essa perspectiva pode-se dizer que o trabalho em saúde é produzido por meio do encontro individual ou coletivo, entre trabalhadores e usuários, envolvendo sempre certo grau de disputa de planos de cuidado. Para haver uma produção intercessora, é fundamental que os trabalhadores reconheçam como legítima a formulação de um plano de cuidado por parte do usuário ou do cuidador, e que as tecnologias que favoreçam a comunicação e a construção de vínculos orientem o trabalho em saúde, na possibilidade de trazer para uma conversação essa disputa, não como confronto, mas como mútua composição. Saber operar nessa micropolítica é chave para construir essas relações (MERHY, 2007 Apud BESSE, 2014).

METODOLOGIA

Esta pesquisa se deu por meio de um estudo descritivo quantitativo. Segundo a revista Praxis, 2011, estudos descritivos, como o próprio nome sugere, descrevem a

realidade, não se destinam a explicá-la ou nela intervir. Essa escolha metodológica é muito frequente na área de saúde, quando a opção principal do autor é relatar um caso raro, evolução incomum ou até mesmo dados estatísticos de um trabalho inovador, também é frequente em áreas de gestão ou administração, quando algumas realidades são descritas de forma a partilhar experiências (geralmente, mas não necessariamente positivas).

A pesquisa foi dividida em 3 etapas a 1ª etapa foi realizado uma criação dos dashboard para sustentar a coleta dos dados para realizar uma coleta sistêmica com foco nos objetivos, com ferramentas estruturadas, visando a descrição dos pacientes do cuidar ,sem a interferência do pesquisador. Dashboard que foram criados: Pacientes Origem Cuidar+, IRC (Insuficiência Renal Crônica); ICC (Insuficiência Renal Crônica), DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), Gasometria Arterial, AVC (Acidente Vascular Cerebral), pacientes de Home Care, COVID, Pacientes Oncológicos, Hepatologia, Cirurgia Torácica, Urologia, Cabeça e pescoço, Resumo, faturamento ambulatório Cuidar+, Cuidar E Qualidade. A 2ª etapa se deu com a extração dos dados da plataforma Qlikview para a base no Excel. A 3ª etapa se deu na formulação das tabelas dinâmicas e estruturação dos indicadores para não ter viés. A 3ª etapa se deu na apresentação dos dados, e análise dos resultados. A equipe multidisciplinar utiliza questionários e escalas para alimentar os indicadores.

Quadro 1. Instrumentos empregados na avaliação funcional de idosos.

Escala de lachs	Composta por 11 itens (perguntas, aferições antropométricas e testes de desempenho) para avaliação das áreas mais comumente comprometidas na pessoa idosa (visão, audição, membros superiores e inferiores, continência urinária, nutrição cognição e afeto, atividades da vida diária, ambiente domiciliar, e suporte social). A aplicação desse instrumento possibilita, de maneira rápida e sistematizada a identificação dos domínios funcionais que deverão ser posteriormente avaliados mais detalhadamente para o estabelecimento de diagnóstico e planejamento de intervenções.
-----------------	---



Escala de Katz	Avalia as atividades de autocuidado na vida diária
Escala de Lawton	Avalia atividades instrumentais
Avaliação nutricional	Avaliação nutricional com Bioimpedância
Escala de Tinetti	Teste de equilíbrio e marcha
Cartão de Jaeguer	Avalia a acuidade visual
Mini exame do estado mental	Teste de Folstein
Escala de Yesavage	Escala de depressão geriátrica

Fonte: Autor (2023)

Outro importante papel que estudos descritivos podem ter é o de dar conhecimento aos profissionais de uma determinada área ou setor sobre seus dados demográficos (e.g. a taxa natalidade em alunas de uma escola ou mortes por violência doméstica em determinada cidade ou bairro). Esses dados são frequentemente tabulados e se transformam em indicadores que compõem uma série histórica. Os geriatras utilizam o Cuidar+, por exemplo, para gerarmos indicadores as escalas das ABVD (Atividades Básicas da Vida Diária), que se baseiam em informações dos pacientes e dos cuidadores e devem ser simples e de rápida avaliação, podendo ser utilizadas por todos os membros da equipe interdisciplinar. As escalas mais utilizadas para avaliação das ABVD (Atividades Básicas da Vida Diária) são a Escala de Katz e o Índice de Barthel.

O modelo defendido neste projeto está estruturado no atendimento que privilegia a assistência integral e a prevenção por meio de monitoramento contínuo das condições de saúde e coordenação de cuidados em todas as instâncias de atenção. Assim é possível estabilizar as doenças crônicas e evitar a sobrecarga no sistema (VERAS,2018).

Uma das métricas utilizada neste estudo foi o *Net Promoter Score* (NPS): uma métrica criada por Fred Reichheld nos EUA, com o objetivo de realizar a mensuração do grau de Lealdade dos Consumidores de qualquer tipo de empresa. Sua ampla utilização se deve à simplicidade, flexibilidade e confiabilidade da metodologia (HEICHHELD, 2003). O NPS revolucionou os modelos de pesquisa de satisfação de clientes, substituindo os métodos de pesquisa mais obsoletos, que, em sua maioria, tornam as pesquisas de pós-venda longas, cansativas e chatas para o cliente.

RESULTADOS



O modelo de Assistência Integral e Cuidados Contínuos Cuidar+ possui um objetivo: a organização estratégica do cuidado. A organização deste cuidado está em uma figura central, com foco na continuidade do cuidado, e dessa forma chega-se aos melhores resultados em saúde. Através da promoção, comunicação, engajamento, identificação de barreiras não clínica, promove interação entre todos os níveis de complexidade e aciona equipes de coordenação de cuidados específicos.

O início do Programa Assistencial Integral e Cuidados Contínuos através da criação das Enfermeiras Navegadoras de Pacientes, utilizaram seu conhecimento especializado, experiência clínica e competências para proporcionar aos pacientes um cuidado focado nos aspectos físicos, sociais e emocionais. Direcionam e guiam os pacientes, familiares e cuidadores para a tomada de decisão conjunta com equipe multidisciplinar responsável pelo tratamento. As ações desenvolvidas vão além do manejo do cuidado: supervisionará todo o processo de tratamento, empoderam os pacientes, fornecem informações e suporte, atuando como elo entre eles e os profissionais da equipe.

A literatura sugere que os processos de navegação e as funções dos navegadores se iniciem no começo da trajetória do tratamento para atingir os desfechos desejados. O programa Cuidar+ desenvolve então seus objetivos estratégicos e estabelece uma agenda de qualidade para os próximos 5 anos. A atual estratégia tem três objetivos: melhores cuidados, pessoas e comunidades saudáveis e gastos mais inteligentes. O Cuidar+ estabeleceu seis prioridades a serem seguidas para melhorar a qualidade da assistência prestada ao idoso:

1. Tornar o serviço mais seguro;
2. Reforçar o envolvimento das pessoas e das famílias;
3. Promover comunicação e coordenação eficientes;
4. Promover prevenção e tratamento eficazes;
5. Promover junto às comunidades melhores práticas de vida saudável; e
6. Tornar o atendimento mais acessível.

Os profissionais que cuidam de idosos devem estar atentos a esses objetivos e incorporá-los em sua abordagem de cuidado geriátrico. O objetivo geral é melhorar a experiência do paciente, fornecendo cuidados de alta qualidade e seguros a um custo menor. O envolvimento de pacientes e familiares para torná-los parte do cuidado leva a



um foco mais significativo no indivíduo, além de planos de prevenção e tratamento mais eficazes e com menos efeitos colaterais. Os médicos devem coordenar os cuidados entre as várias instituições que tratam os pacientes, bem como estabelecer uma comunicação eficaz com outros médicos, pacientes e suas famílias. Além disso, os geriatras devem colaborar com as comunidades para desenvolver e executar as melhores práticas, que incluem estratégias de prevenção, com o objetivo de manter pacientes e populações saudáveis. Finalmente, profissionais e equipes de saúde, acadêmicos e pesquisadores devem colaborar com as políticas públicas para tornar os cuidados de saúde mais acessíveis.

Como os idosos são mais propensos a ter doenças crônicas e problemas sociais, cognitivos ou funcionais, sua necessidade de assistência à saúde é maior e a utilização de recursos de saúde é desproporcional. Pessoas com 65 anos ou mais têm a maior taxa de hospitalização, mais de 2,5 vezes maior do que aquelas com 45 a 64 anos (ALMEIDA,2018). O Medicare aumentou sua cota para internações não maternas e não neonatais em 25,1% nas pessoas de 45 a 64 anos e em 97% das pessoas com 65 anos ou mais (ALMEIDA,2018). As pessoas com 65 anos ou mais são as que mais utilizam os serviços de urgência per capita (538,3 consultas por 1.000 habitantes) (BESSE,2014).

Os beneficiários tradicionais do Medicare com 65 anos ou mais gastaram 14% ou mais de seus ganhos totais em despesas com saúde, com um ônus maior para aqueles com mais de 85 anos(CECÍLIO,2001). Atualmente 88% dos adultos mais velhos tomam pelo menos um medicamento prescrito, enquanto 36% tomam cinco ou mais medicamentos prescritos (CONILL;HOROWITZ,1999). Por causa das várias doenças crônicas que os idosos sofrem, é muito provável que eles procurem vários profissionais de saúde e mudem de uma unidade de saúde para outra. Como resultado, a prestação regular e integrada de cuidados por instituições específicas, por vezes referidas como "estabelecimentos de cuidados continuados", é especialmente crucial para o paciente idoso. A comunicação entre médicos de atenção primária, especialistas, outros profissionais de saúde, pacientes e suas famílias é fundamental, especialmente quando os pacientes são transferidos para as instalações. Os prontuários médicos eletrônicos podem auxiliar na comunicação.

Os motivos mais comuns de consulta incluem problemas crônicos e recorrentes, diagnóstico e tratamento de problemas agudos e crônicos, promoção da saúde e



prevenção de doenças e avaliação pré e pós-cirúrgica. Para os idosos inscritos no Medicare, há mais de 12 meses, paga-se um check-up anual de saúde. A consulta anual concentra-se na identificação de áreas de alto risco, prevenção de doenças e incapacidades, avaliação do comprometimento cognitivo e desenvolvimento de um plano de prevenção. A assistência domiciliar é utilizada com mais frequência após uma internação, mas a internação não é necessária. Além disso, um número pequeno, mas crescente, de profissionais de saúde presta assistência a problemas agudos e crônicos, bem como, em alguns casos, tratamento de final de vida no domicílio do paciente. Independência em Casa é um programa que atende pessoas com limitações funcionais significativas e múltiplas doenças crônicas. Os serviços são prestados por equipes compostas por médicos, enfermeiros, farmacêuticos e assistentes sociais. Esse conceito demonstrou economia significativa de custos no programa Medicare, bem como alta satisfação do paciente e do profissional.

Residência do paciente: a assistência domiciliar é utilizada com mais frequência após uma internação, mas a internação não é necessária. Além disso, um número pequeno, mas crescente, de profissionais de saúde presta assistência a problemas agudos e crônicos, bem como, em alguns casos, tratamento de final de vida no domicílio do paciente. Independência em Casa é um programa que atende pessoas com limitações funcionais significativas e múltiplas doenças crônicas. Os serviços são prestados por equipes compostas por médicos, enfermeiros, farmacêuticos e assistentes sociais. Esse conceito demonstrou economia significativa de custos no programa Medicare, bem como alta satisfação do paciente e do profissional.

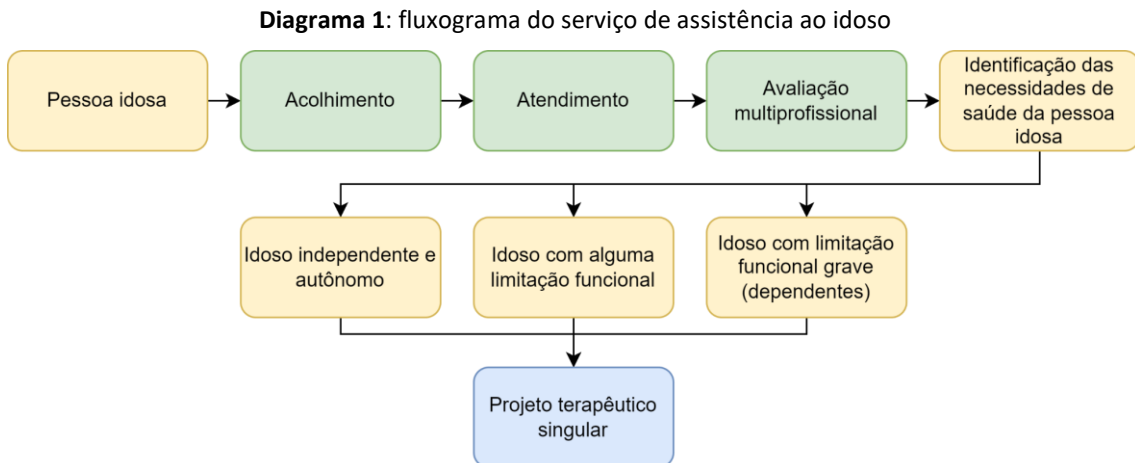
As equipes geriátricas interdisciplinares são constituídas por profissionais de diversas áreas que prestam cuidados coordenados e integrados de acordo com objetivos estabelecidos em conjunto e partilha de recursos e responsabilidades. Nem todos os idosos necessitam dos serviços de uma equipe geriátrica interdisciplinar estruturada. No entanto, se um paciente tem necessidades médicas, psicológicas ou sociais complicadas, essas equipes são mais eficazes em avaliar essas necessidades e desenvolver um plano terapêutico de cuidados mais eficaz do que profissionais isolados.

O objetivo das equipes interdisciplinares é garantir:

1. Que os pacientes sejam colocados de forma segura e fácil de um ambiente de cuidados e de um médico ao outro;

2. Que o médico especialista encarne os atendimentos para cada problema
3. Certifique-se de que o cuidado não seja duplicado; e
4. Que o cuidado seja amplo.

Ao acolher um idoso no serviço de saúde é importante identificar suas necessidades, para isso pode-se usar o fluxograma a seguir:



Fonte: Hoffman (2017)

Para criar, monitorar ou revisar um plano de cuidado, as equipes interdisciplinares devem se comunicar de forma aberta, livre e consistente. Os membros do núcleo da equipe devem trabalhar em conjunto com confiança e respeito às contribuições uns dos outros, bem como coordenar o plano de cuidados (por exemplo, delegando, compartilhando responsabilidades e articulando a implementação). Os membros da equipe podem trabalhar juntos no mesmo local, tornando a comunicação mais informal e eficiente. No entanto, com o aumento do uso da tecnologia (telefones celulares, computadores, internet e telecomunicações), não é incomum que os membros da equipe trabalhem em locais diferentes e usem uma variedade de tecnologias para melhorar a comunicação.

O modelo de cuidados de saúde para idosos é estruturado em instâncias leves, de custos menores e compostas basicamente pelo cuidado dos profissionais de saúde, todos bem treinados, com utilização de instrumentos epidemiológicos de rastreamento, além de tecnologias de monitoramento. O objetivo é manter os pacientes nesses níveis leves, visando a preservar sua qualidade de vida e sua participação social. A meta é concentrar nessas instâncias mais de 90% dos idosos.

Sabe-se que nem sempre é possível manter todos os pacientes nas instâncias leves, mas é importante reforçar que não se trata de impedir a progressão para



instâncias mais pesadas. A utilização do hospital, por exemplo, deve ser uma exceção – se possível, pelo menor tempo possível. Para tal, foi organizada a estratégia do cuidado integral e do monitoramento intensivo.

O modelo adota como base a dupla “médico geriatra e enfermeiro gerontólogo”, cada enfermeira tem a responsabilidade de acompanhar a saúde de uma carteira em torno de 500 pacientes. O médico faz a gestão clínica; o enfermeiro, os cuidados, monitorando as condições de saúde dos usuários e consolidando o papel de referência por meio do acolhimento e do fortalecimento de vínculo. Além do geriatra e do enfermeiro, a equipe é composta por fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista, educador físico e oficinairos (profissionais que desenvolvem atividades dinâmicas integrativas no centro de convivência, vinculadas ao programa).

Todas as vezes que forem identificadas necessidades de atendimento dos usuários em outros níveis de atenção, os encaminhamentos serão direcionados para os especialistas, mas sempre a partir do médico generalista. Deve-se considerar, entretanto, que as instâncias leves são capazes de reter mais de 80% dos pacientes – portanto, as instâncias pesadas são a exceção do cuidado.

A intenção é mudar a lógica operacional dos planos de saúde. Com esse cuidado intenso, aposta-se na diminuição da utilização dos hospitais e/ou na redução do tempo de permanência nessa unidade, do uso excessivo do médico especialista e da solicitação de exames desnecessários. Temos, assim, uma assistência de maior qualidade, com acompanhamento mais próximo e fidelização do paciente e das famílias – tudo isto por um custo menor e com melhor resultado assistencial.

O modelo de cuidados de saúde para idosos é baseado em quatro princípios:

- **Prevenção:** o objetivo é evitar que os idosos fiquem doentes, o que pode ser feito através de um estilo de vida saudável, vacinação e exames regulares;
- **Tratamento precoce:** quando os idosos adoecem, é importante que eles recebam tratamento precoce para evitar que a doença piore;
- **Reabilitação:** os idosos que foram hospitalizados ou que sofreram uma doença grave precisam de reabilitação para recuperar sua independência; e
- **Cuidados paliativos:** os idosos que estão em estado terminal precisam de cuidados paliativos para aliviar sua dor e desconforto.



Esse modelo de cuidados de saúde é essencial para garantir que os idosos tenham uma vida longa, saudável e feliz. Integram uma equipa os médicos, enfermeiros, farmacêuticos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos e, eventualmente, dentistas, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, estudantes de ética ou especialistas em cuidados paliativos. Os membros da equipe devem ter conhecimento de geriatria, familiaridade com o paciente, dedicação ao procedimento da equipe e boa capacidade de comunicação.

As equipes exigem uma estrutura formal para funcionar com eficiência. As equipes devem desenvolver uma visão compartilhada do cuidado, identificar metas centradas no paciente e estabelecer prazos para alcançá-las, agendar reuniões periódicas (para discutir a estrutura da equipe, processos e comunicação) e monitorar continuamente o progresso (adotando ações de melhoria da qualidade). Em geral, a liderança da equipe deve mudar de acordo com as necessidades do paciente; é o principal fornecedor de registros de monitoramento do progresso do paciente. Por exemplo, se a principal consideração for a condição médica do paciente, o profissional de enfermagem convocará a reunião e apresentará o paciente e familiares à equipe. O médico, enfermagem, assistente do médico geralmente trabalham juntos para determinar as condições médicas que o paciente tem (incluindo diagnósticos diferenciais) e explicar como essas condições afetam o cuidado do paciente.

As informações da equipe são incluídas nas solicitações médicas. O médico ou o membro da equipe de assistência deve escrever os pedidos de acordo com o processo da equipe e de acordo com as decisões da equipe com o paciente, família e cuidadores. Por outro lado, se a preocupação principal está relacionada com os cuidados de enfermagem, como o tratamento de lesões, o enfermeiro deve conduzir a discussão da equipe. Caso uma equipe interdisciplinar formalizada não esteja disponível ou seja ineficaz, uma equipe virtual pode ser utilizada. Essas equipes geralmente são lideradas por um médico de cuidados primários, mas também podem ser organizadas e gerenciadas por uma enfermeira de prática avançada, um coordenador de cuidados ou um gerente de caso. Uma equipe virtual se comunica e colabora com os membros da equipe na comunidade ou com um sistema de saúde usando ferramentas tecnológicas (por exemplo, dispositivos móveis, e-mail, videoconferência e teleconferência).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, é possível concluir após o percurso traçado pela pesquisa, que unidades de negócio como programas das coordenações de cuidados receberão cada vez mais atenção em hospitais de internação. Apenas casos mais complexos serão admitidos como pacientes para internação. A maioria das cirurgias eletivas e procedimentos de diagnóstico serão realizadas em instalações cirúrgicas e de imagem situadas fora dos Hospitais. O monitoramento e acompanhamento do paciente será usado para tratar um grande número de pacientes com problemas crônicos em casa. Cada vez mais idosos serão atendidos através da coordenação de cuidados com objetivo de prevenir internações desnecessárias.

Sempre haverá necessidade de cuidados intensivos, e a sociedade sempre precisará de hospitais para tratar os doentes, se é que a epidemia ensinou alguma coisa. A coordenação de cuidados já tem mudado bastante o acesso à saúde, diante disso, o consumismo em saúde terá impacto sobre como os sistemas alteram os cuidados aos pacientes. A fim de melhorar a prestação de cuidados de saúde, fornecer métodos mais práticos para as pessoas obterem tratamento de alta qualidade e reduzir os custos totais de saúde, continuarão integrando novas tecnologias. As políticas de saúde colocarão cada vez mais atenção na redução de cuidados duplicados e cuidados de saúde fragmentados.

O cuidado coordenado e integrado tem o potencial de melhorar a qualidade de vida dos pacientes geriátricos, abordando suas necessidades e objetivos únicos. A equipe multidisciplinar pode desenvolver planos de cuidados abrangentes que atendam às necessidades médicas, sociais e de saúde mental do paciente. O uso da tecnologia e a colaboração interdisciplinar podem ajudar a superar as barreiras para o cuidado coordenado e garantir que os pacientes recebam o cuidado certo no momento certo. Com a abordagem correta, o cuidado coordenado e integrado pode ajudar os idosos a viverem vidas saudáveis e gratificantes.

Por fim, o Programa se mostrou factível e com elevado grau de satisfação dos pacientes, além de oferecer cuidado diferenciado com a coordenação do geriatra e



navegação do enfermeiro. De próximos passos de aplicação do Programa, é possível adicionar medições dos desfechos clínicos após todo o processo de acompanhamento e tratamento.

REFERÊNCIAS

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY EXPERT PANEL ON THE CARE OF OLDER ADULTS WITH MULTIMORBIDITY. **Patient-centered care for older adults with multiple chronic conditions: a stepwise approach from the American Geriatrics Society.** Journal of the American Geriatrics Society, v. 60, n. 10, p. 1957-1968, 2012.



ALELUIA, Italo Ricardo Santos et al. **Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1845-1856, 2017.

ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. **Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde.** *Saúde em debate*, v. 42, p. 244-260, 2018.

BESSE, Mariela; DE OLIVEIRA CECÍLIO, Luiz Carlos; LEMOS, Naira Dutra. **A Equipe Multiprofissional em Gerontologia e a Produção do Cuidado: um estudo de caso.** *Revista Kairós-Gerontologia*, v. 17, n. 2, p. 205-222, 2014.

BRASIL. Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1994. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/politica_idoso.pdf>. Acesso em 21 de julho de 2023.

CECÍLIO, LC de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**, v. 4, 2001.

CONILL, Alicia M.; HOROWITZ, David A. **Disease management: origins, basic concepts, and practical considerations.** *Semin Med Pract*, v. 2, n. 4, p. 4-12, 1999.

FAIRFIELD, Gillian et al. Managed care: origins, principles, and evolution. *Bmj*, v. 314, n. 7097, p. 1823, 1997.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson E. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. **São Paulo: Hucitec**, v. 201, 2013.

Hoffmann, C. et al. **Panorama da Saúde da Pessoa Idosa no Brasil.** Seminário de Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Promoção da Saúde e V Fórum para o monitoramento do Plano DCNT. 2017- disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/16/10.Politica-Nacional-deSaude-da-Pessoa-Idosa-suas-diretrizes-e-acoes-desenvolvidas.pdf>

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; VERAS, Renato. **Saúde pública e envelhecimento.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, p. 700-701, 2003.

MCDONALD, K. M. et al. Care coordination atlas version 3. **Rockville: AHRQ Publication**, 2014.



MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves.** Saúde em debate, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MINAMI, B; **Evolução do número de idosos em planos de saúde no Brasil nos últimos 10 anos (2013 a 2022).** Instituto de estudos de saúde suplementar.

PESSOA, L.R.; SANTOS, E.H.; TORRES, K.R. (Org.). **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde.** Rio de Janeiro: ENSP, 2011. p. 208.

TANAKA, Flávia Harumi; et. al. **Mapa Assistencial de Saúde Suplementar Ano-Base 2022.** Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2022. Disponível em: <<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoimTE4YzYzM2MDUtOTcyMS00ZTg0LWlyZDYtN2QzY2Y1MzAxYWI2IiwidCI6IjlkYmE0ODBlLTRmYTctNDJmNC1iYmEzLTBmYjEzNzVmYmU1ZiJ9>>

VERAS, Renato Peixoto; CALDAS, Célia Pereira; CORDEIRO, Hesio de Albuquerque. **Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 23, p. 1189-1213, 2013.

VERAS, Renato Peixoto, ESTEVAM, A. **Modelo de atenção à saúde do idoso: a ênfase sobre o primeiro nível de atenção.** In: Lozer AC, Leles FAG, Coelho KSC, organizadores. Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar. Brasília, DF: OPAS; 2015. p. 73-84.

VERAS, Renato Peixoto. **Caring Sênior: um modelo brasileiro de saúde com ênfase nas instâncias leves de cuidado.** Rev Bras Geriatr Gerontol. 2018;21(3):1-7. 11.

VERAS, Renato Peixoto; GOMES, João André Cruz; MACEDO, Sandro Tadeu. **A coordenação de cuidados amplia a qualidade assistencial e reduz custos.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 22, 2019.

VERAS, Renato Peixoto. **Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos.** Revista de Saúde Pública, v. 46, p. 929-934, 2012.

QUINAN, C. ; BALESTRIN, F. et al. **Gestão em Saúde : Guia Prático para Reconstruir o Futuro.** Guanabara Koogan. 1ª edição, 2022.