

VOLUME 25 NÚMERO 3



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology

VOLUME 25, Nº 3, 2022

Editor / Editor

Renato Peixoto Veras

Editor Associado / Associate Editor

Kenio Costa de Lima

Editor Executivo / Executive Editor

Raquel Vieira Domingues Cordeiro

Grupo de Assesores / Editorial Advisory Board

Alexandre Kalache – Centro Internacional de Longevidade Brasil / International Longevity Centre Brazil (ILC BR). Rio de Janeiro-RJ - Brasil

Anabela Mota Pinto – Universidade de Coimbra. Coimbra - Portugal

Anita Liberalesso Néri – Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP – Brasil

Annette G. A. Leibing – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Antón Alvarez – EuroEspes Biomedical Research Centre. Corunã – Espanha

Candela Bonill de las Nieves – Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga - Espanha

Carina Berterö – Linköping University. Linköping – Suécia

Catalina Rodriguez Ponce – Universidad de Málaga. Málaga – Espanha

Eliane de Abreu Soares – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Emílio H. Moriguchi – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS – Brasil

Emílio Jeckel Neto – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS – Brasil

Evandro S. F. Coutinho – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Guita Grin Debert – Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP – Brasil

Ivana Beatrice Mânica da Cruz – Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria-RS – Brasil

Jose F. Parodi – Universidad de San Martín de Porres de Peru. Lima – Peru

Lúcia Helena de Freitas Pinho França – Universidade Salgado de Oliveira. Niterói-RJ - Brasil

Lúcia Hisako Takase Gonçalves – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC – Brasil

Luiz Roberto Ramos – Universidade Federal de São Paulo. São Paulo-SP – Brasil

Maria da Graça de Melo e Silva – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa – Portugal

Martha Pelaez – Florida International University. Miami-FL – EUA

Mônica de Assis – Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Raquel Abrantes Pêgo – Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. México, D.F.

Ricardo Oliveira Guerra – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal-RN – Brasil

Normalização / Normalization

Maria Luisa Lamy Mesiano Savastano

Gisele de Fátima Nunes da Silva

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia é continuação do título *Textos sobre Envelhecimento*, fundado em 1998. Tem por objetivo publicar e disseminar a produção científica no âmbito da Geriatria e Gerontologia, e contribuir para o aprofundamento das questões atinentes ao envelhecimento humano. Categorias de publicação: Artigos originais, Revisões, Relatos, Atualizações e Comunicações breves. Outras categorias podem ser avaliadas, se consideradas relevantes.

The Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology (BJGG) succeeds the publication Texts on Ageing, created in 1998. It aims to publish and spread the scientific production in Geriatrics and Gerontology and to contribute to the deepening of issues related to the human aging. Manuscripts categories: Original articles, Reviews, Case reports, Updates and Short reports. Other categories can be evaluated if considered relevant.

Colaborações / Contributions

Os manuscritos devem ser encaminhados ao Editor Executivo e seguir as “Instruções aos Autores” publicadas no site www.rbgg.com.br

All manuscripts should be sent to the Editor and should comply with the “Instructions for Authors”, published in www.rbgg.com.br

Correspondência / Correspondence

Toda correspondência deve ser encaminhada à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia por meio do e-mail revistabgg@gmail.com

All correspondence should be sent to Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia using the email revistabgg@gmail.com

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

UERJ/UnATI/CRDE

Rua São Francisco Xavier, 524 – 10º andar - bloco F - Maracanã

20 559-900 – Rio de Janeiro – RJ, Brasil

Telefones: (21) 2334-0168 / 2334-0131 r. 229

E-mail: revistabgg@gmail.com - crderbgg@uerj.br

Web: www.scielo.br/rbgg

Site: www.rbgg.com.br

Indexação / Indexes

SciELO – Scientific Electronic Library Online

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

LATINDEX – Sistema Regional de Información em Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

DOAJ – Directory of Open Access Journals

REDALYC - Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Free Medical Journals

Cabell's Directory of Publishing Opportunities

The Open Access Digital Library

UBC Library Journals

EDITORIAL

QUEM TEM DIREITO DE IR AO DENTISTA? OS LIMITES DO ACESSO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS POR PESSOAS IDOSAS NO BRASIL À LUZ DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Who has the right to see the dentist? Limitations accessing dental services by older people in Brazil in the era of the National Health Policy for Elders

Maria Helena Rodrigues Galvão, Rafael da Silveira Moreira

ARTIGO ORIGINAL

PIORA DA FRAGILIDADE EM PESSOAS IDOSAS COMUNITÁRIAS COM HIPERTENSÃO E FATORES ASSOCIADOS

Worsening frailty in community-dwelling older people with hypertension and associated factors

Marianne Silva Soares, Gabriela Alves de Brito, Isamara Corrêa Guimarães Horta, Isabella Ribeiro Gomes, Jair Almeida Carneiro, Fernanda Marques da Costa

ARTIGO DE OPINIÃO

MODELO ASSISTENCIAL CONTEMPORÂNEO PARA OS IDOSOS: UMA NECESSIDADE PREMENTE

Contemporary care model for older people: an urgent need

Renato Peixoto Veras



Quem tem direito de ir ao dentista? Os limites do acesso aos serviços odontológicos por pessoas idosas no Brasil à luz da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Who has the right to see the dentist? Limitations accessing dental services by older people in Brazil in the era of the National Health Policy for Elders

A saúde é um direito humano, garantida aos brasileiros mediante políticas sociais e econômicas e pelo acesso universal aos serviços para sua promoção, proteção e reabilitação, assim diz o texto constitucional em seu artigo 196. A saúde bucal é um importante componente da saúde geral, dessa forma os serviços odontológicos fazem parte dos serviços de saúde assegurados para a população.

Em 2004, foi implantada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) que estabelece a necessidade de ampliação do acesso aos serviços odontológicos para a população de pessoas idosas. Tal política inclui os cuidados voltados a essa população a partir de uma linha de cuidado, ao assumir que a saúde bucal representa um fator decisivo para a manutenção de uma boa qualidade de vida. Como estratégia para a efetivação, deve ser garantido o atendimento clínico individual das pessoas idosas, evitando as filas e trâmites burocráticos que dificultem o acesso, inclusive com reserva de horários e dias específicos para o atendimento¹.

Mais tarde, em 2006, foi implementada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), um instrumento importante para a efetivação do direito universal e integral a saúde desta população, bem como organizar o Sistema Único de Saúde (SUS) para as crescentes demandas decorrentes do envelhecimento populacional. Embora nesta política não tenha em seu texto expressas recomendações ao cuidado odontológico (nem a outros cuidados específicos), esse cuidado é implícito quando apresentadas as diretrizes de atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa e provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa.

Apesar do direito garantido, a efetivação do acesso à saúde bucal no Brasil enfrenta desafios, especialmente no que se refere às pessoas idosas. Dados de 2019, divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, estimam que cerca de 693 mil pessoas idosas nunca foram ao dentista ao longo da vida no país, o que representa 2% dessa população. Outro número alarmante é que quase metade dos idosos brasileiros (42,5%) foram ao dentista há mais de 3 anos, o que representa mais de 14 milhões de brasileiros². Esses números ainda foram maiores em anos anteriores. Em 1998, estimava-se que 6,1% das pessoas idosas no Brasil nunca tinham ido ao dentista ao longo da vida, em 2003 esse percentual foi de 6,0%, em 2008 de 3,9% e em 2013 de 4,8%³.

A redução na proporção de pessoas idosas que nunca foram ao dentista ao longo da vida indica um aumento de acesso aos serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2019, o que pode ser atribuído, em certa medida, à implantação das políticas acima citadas. Por outro lado, permanecem desafios para o alcance

da atenção integral das pessoas idosas, especialmente relacionadas à desigualdades socioeconômicas na utilização de tais serviços. A desigualdade de renda na utilização de serviços odontológicos no Brasil é persistente, e reduziu menos entre as pessoas idosas que em outros grupos etários como crianças, adultos e adolescentes ao longo dos anos³.

É importante considerar quanto ao acesso aos serviços odontológicos as particularidades dessa população, que na PNSPI pode ser classificada quanto à funcionalidade em idosos dependentes, independentes com alguma dificuldade para as atividades instrumentais para a vida diária e idosos frágeis. Para os idosos frágeis, para além da disponibilização de serviços odontológicos, é preciso elaborar estratégias para a garantia do acesso aos cuidados odontológicos.

Uma revisão sistemática conduzida sobre o tema, apontou como principal barreira para atenção odontológica de pessoas idosas frágeis a falta de instalações e transporte adequado para os pacientes. Essa barreira foi mencionada por pacientes, dentistas e cuidadores. As barreiras mais comumente relatadas pelos dentistas foram a inconveniência de deixar o consultório odontológico como lugar de prática, a falta de conhecimento sobre cuidados específicos para essa população, o maior tempo dispensado durante o atendimento e pouco ou nenhum incentivo financeiro. A recusa de cuidados por parte dos pacientes também foi mencionada por dentistas e cuidadores, sendo especialmente associada a pessoas com demência⁴.

A superação de tais barreiras é idealmente contemplada nas diretrizes da PNSPI, que asseguram o provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção e formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa. Todavia, ainda existem necessidades de superação na prática, que se materializam na ausência de transportes públicos adequados, falta de acessibilidade nos serviços de saúde, ausência de equipamentos e materiais necessários a implantação de uma atenção odontológica domiciliar no SUS, e ainda a necessidade de capacitação de profissionais da área odontológica para lidar com as demandas específicas de saúde dessa população. A partir dessas reflexões, fica evidente a necessidade de avanço na efetivação da PNSPI e PNSB com vistas a efetivar o direito a consultas odontológicas por pessoas idosas na população brasileira.

Contudo, uma boa notícia se vislumbra. Foi aprovada a redação final do Projeto de Lei da Saúde Bucal no SUS⁵ (PL do Brasil Sorridente). Uma vez sancionada, o Brasil Sorridente deixará de ser apenas uma política com cara de programa do governo federal, sujeito aos constantes ataques de desconstrução e descontinuidade, e passará a ser uma lei federal, nacional e robusta. Condizente com o que foi defendido em 1986 durante a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, que não existe saúde sem saúde bucal, devemos continuar a busca por uma extensão da saúde bucal para a pessoa idosa. O artigo 3 do PL traz que “As ações e os serviços de saúde bucal devem integrar as demais políticas públicas de saúde”⁵. Sendo assim, deve ser articulada a saúde bucal com a PNSPI. O maior acesso e uso dos serviços de saúde bucal pela pessoa idosa é, por um lado, um reparo histórico do legado mutilador deixado pela ausência do estado no cuidado a saúde bucal, e por outro lado, a garantia constitucional de que as futuras gerações de idosos possam envelhecer sorridentemente.

Maria Helena Rodrigues Galvão¹ 

Rafael da Silveira Moreira² 

¹ Doutora em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória. Recife, PE, Brasil.

² Pesquisador do Instituto Aggeu Magalhães da Fiocruz Pernambuco e Professor do curso de Medicina do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco.







REFERÊNCIAS

1. Brasil. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004.
2. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde - PNS [Internet]. [cited 2023 Mar 20]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?edicao=28655&t=conceitos-e-metodos>
3. Galvão MHR, Roncalli AG. Does the implementation of a national oral health policy reduce inequalities in oral health services utilization? The Brazilian experience. *BMC Public Health* 2021 21:1 [Internet]. 2021 Mar 19 [cited 2023 Mar 20];21(1):1–8. Available from: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-10586-2>
4. Göstemeyer G, Baker SR, Schwendicke F. Barriers and facilitators for provision of oral health care in dependent older people: a systematic review [Internet]. Vol. 23, *Clinical Oral Investigations*. Springer Verlag; 2019 [cited 2023 Mar 20]. p. 979–93. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30707299/>
5. Brasil. Câmara dos Deputados. Redação Aprovada do Projeto de Lei N° 08131/2017 de 17 de março de 2023. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. Brasília: Câmara dos Deputados, 2023. Available from: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2245660&filename=REDACAO%20FINAL%20PL%208131/2017



Piora da fragilidade em pessoas idosas comunitárias com hipertensão e fatores associados

Worsening frailty in community-dwelling older people with hypertension and associated factors

Marianne Silva Soares¹ 
Gabriela Alves de Brito² 
Isamara Corrêa Guimarães Horta² 
Isabella Ribeiro Gomes³ 
Jair Almeida Carneiro⁴ 
Fernanda Marques da Costa⁴ 

Resumo

Objetivo: Estimar a prevalência e fatores associados à piora da fragilidade em idosos com hipertensão arterial. **Métodos:** Estudo quantitativo, longitudinal prospectivo e analítico. Realizado em idosos hipertensos comunitários mineiros. A amostragem foi probabilística, por conglomerados em duas etapas. A coleta de dados ocorreu no domicílio dos idosos em dois momentos. Foram analisadas variáveis demográficas, socioeconômicas e clínico-assistenciais. A fragilidade foi mensurada pela Escala de Fragilidade de Edmonton. Utilizou-se a regressão de Poisson com variância robusta para obter as razões de prevalência brutas e ajustadas. **Resultados:** Participaram do estudo 281 idosos, 23,1% apresentaram piora do seu estado de fragilidade. A prevalência de fragilidade passou de 38,0%, no ano base, para 31,2% na primeira onda. A piora da fragilidade foi associada a autopercepção negativa da saúde, à polifarmácia e à internação nos últimos 12 meses. **Conclusão:** Houve transição entre os estados de fragilidade. Um contingente importante dos idosos apresentou piora da fragilidade.

Palavras-chave: Fragilidade. Idoso. Hipertensão. Atenção Primária à Saúde. Saúde do Idoso.

Abstract

Objective: To estimate the prevalence and factors associated with the worsening of frailty in older people with arterial hypertension. **Methods:** Quantitative, longitudinal, prospective and analytical study. Carried out in community-dwelling hypertensive older people from Minas Gerais. Sampling was probabilistic, by clusters in two stages. Data collection took

¹ Universidade Estadual de Montes Claros, Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário à Saúde. Montes Claros, MG, Brasil.

² Universidade Estadual de Montes Claros, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS). Montes Claros, MG, Brasil.

³ Centro Universitário FIPMoc/Afya (UNIFIPMoc/Afya), Programa Aficionados por Ciência. Montes Claros, MG, Brasil.

⁴ Universidade Estadual de Montes Claros, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde da Unimontes, Centro Universitário FIPMoc/Afya (UNIFIPMoc/Afya). Programa Aficionados por Ciência. Montes Claros, MG, Brasil.

Não houve financiamento para a execução deste trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Marianne Silva Soares
melrysnane@yahoo.com.br

Recebido: 15/11/2022
Aprovado: 16/02/2023

place at the older people's homes in two moments. Demographic, socioeconomic and clinical-assistance variables were analyzed. Frailty was measured by the Edmonton Frailty Scale. Poisson regression with robust variance was used to obtain crude and adjusted prevalence ratios. Results: 281 older people participated in the study, 23.1% showed a worsening of their state of frailty. The prevalence of frailty increased from 38.0% in the base year to 31.2% in the first wave. The worsening of frailty was associated with negative self-perception of health, polypharmacy and hospitalization in the last 12 months. *Conclusion:* There was a transition between states of frailty. An important contingent of the older people showed worsening frailty.

Keywords: Frailty. Aged. Hypertension. Primary Health Care. Health of the Elderly.

INTRODUÇÃO

A população brasileira está mudando seu perfil etário com clara tendência ao envelhecimento¹. Expectativas de vida identificadas com projeções próximas de cem anos para os países em desenvolvimento são vistas em meados deste século. No entanto, as mudanças não são unidirecionais. A História da humanidade foi surpreendida pela pandemia da covid-19, o que resultou em precoces mortes, impactando na expectativa de vida e na ampliação da população, principalmente na idosa, dando forças às incertezas relacionadas às condições de saúde, financeira e de autonomia para a futura população idosa². Diante desse cenário o grande desafio é promover qualidade nesses anos adicionais de vida. Entre outros aspectos destaca-se a escassez de recursos sociais e de saúde para essa demanda crescente³.

O envelhecimento pode naturalmente proporcionar desgastes físicos e uma consequente diminuição da capacidade para realizar as atividades cotidianas⁴. Além disso, como já foi amplamente demonstrado na literatura que o envelhecimento é fator de risco para o surgimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e também a síndrome da fragilidade se espera maiores taxas de condições crônicas e fragilidade entre pessoas idosas^{3,5,6}.

A principal DCNT entre os idosos brasileiros é a hipertensão arterial sistêmica (HAS). É no processo de envelhecimento que são produzidas as alterações vasculares que levam a peculiaridades no diagnóstico e tratamento da HAS na pessoa idosa, além de explicar em parte o aumento significativo dessa condição em pessoas com mais de 60 anos⁷. Os dados no Brasil quanto a HAS na população tendem a variar conforme os métodos utilizados. Em

adultos a prevalência é cerca de 32,3%, predominante no sexo masculino, e há um aumento com a idade, alcançando até 71,7% para os indivíduos acima de 70 anos⁸. O que justifica realizar estudos com a população idosa já considerando essa DCNT tão prevalente, principalmente considerando estudos que analisem o comportamento da fragilidade entre pessoas idosas portadoras da HAS.

Além de maior risco para desenvolver HAS, a população idosa também apresenta uma importante probabilidade de desenvolver fragilidade, definida como síndrome complexa e multifatorial e caracterizada pela redução da capacidade adaptativa ocasionando um desajuste frente aos estressores a que estão expostos. Por conseguinte, promove declínios cumulativos em vários sistemas fisiológicos, aumentando sua vulnerabilidade com desfecho clínico desfavorável^{9,10}. A presença da fragilidade em idosos está fortemente associada com prognóstico ruim em médio prazo, geralmente cursando com síndromes coronárias crônicas e aumento da mortalidade¹¹.

Como a HAS está presente em mais da metade da população idosa, também já foi documentado que a síndrome da fragilidade, em algum grau, está presente na maioria dos idosos¹². É possível que pessoas idosas portadoras da HAS apresentem uma maior tendência de piora da fragilidade em função da acumulação cíclica de efeitos deletérios à saúde determinados pelas duas condições. Portanto, é importante investigar em idosos hipertensos a ocorrência de transição para níveis piores de fragilidade ao longo do tempo. O conhecimento do comportamento da piora dos níveis de fragilidade entre pessoas idosas portadoras de HAS e seus fatores associados poderá contribuir na elucidação de condutas adequadas na condução clínica desses casos. Também poderá nortear a elaboração de protocolos assistenciais destinados

aos idosos hipertensos com quadros progressivos de fragilidade.

Além disso, existem poucos estudos que avaliam a piora da fragilidade em idosos, que abordam os fatores associados à piora da fragilidade em idosos de maneira geral, tendo em vista a dificuldade de realizar estudos longitudinais de base populacional^{12,13}. O presente estudo é relevante e propõe inovação ao avaliar longitudinalmente a piora da fragilidade, como variável dependente, em uma população idosa e hipertensa, e seus fatores associados. Portanto, o objetivo deste estudo é estimar a prevalência e fatores associados à piora da fragilidade em idosos com hipertensão arterial.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo com desenho longitudinal prospectivo e analítico, de base populacional e domiciliar, com abordagem quantitativa, recorte de estudo maior sobre as condições de saúde da população idosa do município de Montes Claros (MG), Brasil, projeto original intitulado “Fragilidade em idosos: estudo longitudinal”.

Na construção deste estudo utilizaram-se as diretrizes da EQUATOR, através do instrumento *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). Desenvolvido em um município de médio porte, com população de aproximadamente 417.478 mil habitantes, localizado em Minas Gerais, Brasil. O período de coleta dos dados ocorreu em duas etapas. A primeira foi realizada de maio a julho de 2013, sendo a linha de base. Após um período médio de 42 meses realizou-se a segunda etapa, ou primeira onda do estudo, no decorrer dos meses de novembro de 2016 a fevereiro de 2017, com o público idoso comunitário da zona urbana.

A amostra populacional do ano-base foi calculada considerando uma população residente na área urbana estimada em 30.790 idosos, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para o cálculo amostral adotou-se uma prevalência conservadora de 50% para os desfechos desconhecidos, uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95%.

A amostragem foi probabilística, em conglomerados e ocorreu em duas etapas. Na primeira etapa, o setor censitário foi a unidade amostral, na qual, os bairros, as ruas e as quadras foram demarcadas em mapa da área urbana censitária da cidade. Em seguida selecionaram-se 42 setores censitários, de forma aleatória, entre os 362 setores urbanos do município. A seleção dos 42 setores se deu por meio de cálculo com base na média populacional estimada de cada setor. Na segunda etapa, identificou-se o número de domicílios com indivíduos de idade maior ou igual a 60 anos, de acordo com a densidade populacional. Os setores com maior número de indivíduos idosos tiveram mais domicílios alocados. Considerando a amostragem por conglomerados, o número identificado foi multiplicado por um fator de correção (*deff*) de 1,5 com acréscimo de 15% para possíveis perdas, totalizando 685 indivíduos no estudo.

Esta pesquisa é um recorte de um estudo maior das condições de saúde da população idosa do município¹⁰. Adotaram-se como critérios de inclusão no estudo maior: ser idoso, ou seja, idade igual ou superior a 60 anos; residir no domicílio selecionado; com capacidade de responder, sem alteração de nível de consciência; ou em caso contrário, que tivesse cuidador/familiar que respondesse por ele. Para o presente recorte de estudo, além dos critérios citados foram incluídos apenas os idosos portadores de HAS com diagnóstico confirmado por um médico. Profissional este, que faz a investigação clínico-laboratorial, confirma elevação da pressão arterial (PA), identifica causas da HAS, lesões em órgão-alvo, doenças associadas e também estratifica risco cardiovascular⁷.

Foram consideradas perdas os indivíduos que mudaram de endereço, aqueles que faleceram ou que não foram encontrados em pelo menos três visitas em dias e horários diferentes, avisados com antecedência.

Para coleta dos dados, os entrevistadores foram capacitados e calibrados (Kappa 0,8). O trajeto destes era predefinido a partir de um ponto inicial nos setores censitários que deveria ser percorrido. Os domicílios eram visitados de forma alternada na busca de idosos para realização das entrevistas. No

domicílio com idoso era realizado o convite para participação, se não houvesse, o domicílio seguinte era selecionado, conforme critério de domicílios alternados. Caso residisse mais de um idoso no domicílio, o de maior idade era convidado. De forma que não era entrevistado mais de um idoso em cada domicílio.

Foram utilizados os mesmos instrumentos de coleta de dados previamente empregados, todos validados¹⁰. Como variável dependente: a transição para um estado pior do componente da *Edmonton Frail Scale* (EFS). Tal escala possui nove domínios, distribuídos em onze itens com pontuação de zero a dezessete. A pontuação varia entre zero e quatro, indicando que não há presença de fragilidade; cinco e seis, para idoso aparentemente vulnerável; sete e oito, indicando fragilidade leve; nove e dez, fragilidade moderada; e onze ou mais, fragilidade severa¹⁴.

A classificação de cada idoso foi comparada em dois momentos do estudo (primeira onda e linha de base). Os resultados da variável dependente foram dicotomizados em dois níveis: piora e não piora do escore da EFS.

Para gerar a variável dependente foram analisados os escores de fragilidade considerando o escore geral pela EFS. Ou seja, foi analisada a diferença entre os escores do segundo momento em relação ao primeiro momento da avaliação. A partir da análise dessa diferença observaram-se variações dos estágios de fragilidade entre os dois momentos. Ao avaliar a pontuação de escore de cada pessoa idosa verificou-se que houve piora, manutenção e até melhora da pontuação. Então foi realizada a reclassificação dos idosos para a presente análise. De acordo com o estudo de validação da EFS não há orientação sobre variações que poderiam ser consideradas dentro da normalidade entre os dois períodos portanto não houve essa ponderação. Assim, foi considerado como piora da fragilidade aquelas pessoas idosas que apresentaram um aumento do escore geral de fragilidade e que, ao se aplicar a classificação proposta para a EFS, colocou o idoso em um estágio de fragilidade pior que o seu anterior.

As variáveis independentes selecionadas para o estudo foram categorizadas: sexo (masculino ou feminino); faixa etária (até 79 anos ou ≥ 80 anos);

situação conjugal (com companheiro, incluindo casado e união estável, ou sem companheiro, incluindo solteiros, viúvos e divorciados); arranjo familiar (reside sozinho ou reside com outras pessoas); escolaridade (até quatro anos de estudo ou maior que quatro anos de estudo); alfabetização (sabe ler ou não sabe ler); prática religiosa (sim ou não); renda própria (sim ou não); renda familiar mensal (até um salário mínimo ou maior que um salário mínimo); presença ou ausência de doenças crônicas referidas - diabetes mellitus, doença cardíaca, neoplasia, artrite, reumatismo, artrose, osteoporose, embolia, derrame pulmonar, acidente vascular encefálico (AVE), enfisema pulmonar, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), asma, bronquite alérgica; polifarmácia, definida como uso de cinco ou mais medicamentos (sim ou não); autopercepção de saúde (positiva ou negativa); perda de peso autorreferida (sim ou não); presença de cuidador (sim ou não); queda nos últimos 12 meses (sim ou não); consulta médica nos últimos 12 anos (sim ou não); e internação nos últimos 12 meses (sim ou não).

Para a variável autopercepção de saúde foi avaliada por meio da questão: “Como o (a) senhor (a) classificaria seu estado de saúde?”, cujas respostas possíveis eram “muito bom”, “bom”, “regular”, “ruim” ou “muito ruim”. Para análise, definiram-se como percepções positivas da saúde as respostas “muito bom” e “bom”, enquanto as respostas “regular”, “ruim” e “muito ruim” foram classificadas como percepções negativas da saúde, seguindo estudos similares sobre o tema^{15,16}.

Foram realizadas análises descritivas. Em seguida, bivariadas para identificar fatores associados à variável resposta. Foi estimada a magnitude das associações a partir das razões de prevalência (RP). As análises bivariadas foram realizadas por meio do teste qui-quadrado de *Pearson*. Aquelas que se mostraram associadas até o nível de 20% ($p \leq 0,20$) foram selecionadas para análises de associação múltipla entre as variáveis de exposição e a variável desfecho por meio de regressão múltipla de Poisson, com variância robusta. A regressão de Poisson, com variância robusta, foi utilizada para calcular as RP ajustadas, considerando, de forma conjunta, as variáveis independentes que estiveram mais fortemente associadas com a piora do componente da EFS na análise bivariada, foram consideradas

até o nível de significância de 20% ($p < 0,20$). Para o modelo final, considerou-se um nível de significância de 0,05 ($p < 0,05$).

Para escolha do modelo final mais ajustado foram utilizados os testes de ajuste *Deviance goodness-of-fit* e de *Pearson goodness-of-fit*, também foram analisados valores e mudanças do *Log Likelihood*. A análise dos resíduos foi feita por meio do R2 ajustado. A multicolinearidade foi avaliada e por meio dela foram identificadas variáveis correlacionadas entre si que foram retiradas para melhor ajuste do modelo final.

O estudo foi conduzido de acordo com as diretrizes de ética nacional e internacional e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES (Parecer: 1.626.395). O Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido de todos os indivíduos envolvidos no estudo por meio escrito.

RESULTADOS

Neste estudo foram selecionados 685 indivíduos para primeira avaliação (linha de base). Do total de 685 pessoas idosas avaliadas no ano base, recusaram de participar da segunda fase do estudo (92), mudança de endereço (78), não encontrados na residência após três tentativas (67) e falecidos (54). Logo, participaram dessa etapa do estudo 394 idosos e destes 281 eram hipertensos, formando a amostra deste estudo.

A Tabela 1 apresenta a comparação das características do ano base entre a população de idosos acompanhada e a população de idosos considerada perda durante o seguimento deste

estudo. Verificou que a perda foi não diferencial já que não foram encontradas diferenças significativas para as principais características dos grupos.

Identificou-se uma prevalência da fragilidade foi de 38,0% no ano base (primeira avaliação), já na primeira onda da pesquisa (segunda avaliação) houve uma redução no percentual passando para 31,2%. Quanto à transição entre os estágios de fragilidade avaliados pela EFS, identificou-se que dentre os idosos hipertensos (281) um percentual de 23,1% indivíduos apresentaram uma piora da fragilidade, porém 36,7% idosos melhoraram e 40,2% não tiveram alteração no seu estado de fragilidade (Tabela 2).

A Tabela 3 mostra a análise bivariada entre a transição para estágios piores dos componentes da EFS e variáveis demográficas, sociais e econômicas. Nenhuma dessas variáveis se mostrou significativamente associada à piora da fragilidade nos idosos hipertensos.

Na Tabela 4 é apresentada a análise bivariada quanto à piora da fragilidade e variáveis de morbidades e uso dos serviços de saúde. Verificou-se que a polifarmácia, a autopercepção de saúde, a perda de peso e a internação nos últimos 12 meses estiveram associadas à transição para piores níveis de fragilidade ($p < 0,20$).

Após a análise múltipla, as variáveis em que foram observadas associações significativas em relação a piora de fragilidade ($p \leq 0,05$) conforme a EFS, identificaram-se: a polifarmácia, a autopercepção negativa de saúde e também a internação nos últimos 12 meses (Tabela 5).

Tabela 1. Comparação das principais características entre idosos acompanhados e perdidos na primeira onda de seguimento do estudo. Montes Claros, MG, 2013-2017.

Variáveis	Acompanhados		Perdas de seguimento		p-valor
	n (%)		n (%)		
Sexo					0,163
Masculino	130(33,0)		111(38,1)		
Feminino	264(67,0)		180(61,9)		
Faixa etária (anos)					0,089
< 80	341(86,5)		238(81,8)		
≥ 80	53(13,5)		53(18,2)		
Escolaridade					0,964
≤ 4 anos	300(76,1)		222(76,3)		
> 4 anos	94(23,9)		69(23,7)		
Renda familiar mensal					0,158
≤ 1 salário mínimo	121(30,7)		75(25,8)		
> 1 salário mínimo	273(69,3)		216(74,2)		
Hipertensão Arterial					0,937
Sim	280(71,1)		206(70,8)		
Não	114(28,9)		85(29,2)		
Diabetes Mellitus					0,137
Sim	80(20,3)		73(25,1)		
Não	314(79,7)		218(74,9)		
Sintomas depressivos					0,870
Sim	116(29,4)		84(28,9)		
Não	278(70,6)		207(71,1)		
Polifarmácia					0,229
Sim	86(21,8)		75(25,8)		
Não	308(78,2)		216(74,2)		
Fragilidade					0,209
Frágil	132(33,5)		111(38,1)		
Não frágil	262(66,5)		180(61,9)		

Tabela 2. Transição entre os níveis de fragilidade, segundo a *Edmonton Fail Scale* (EFS), da linha base para a primeira onda do estudo. Montes Claros, MG, 2013-2017.

Linha de base	Primeira onda					
	Sem Fragilidade	Aparente Vulnerável	Fragilidade Leve	Fragilidade Moderada	Fragilidade Severa	
Níveis de fragilidade (EFS)	n (%)	n(%)*	n(%)*	n(%)*	n(%)*	
Sem Fragilidade	109(38,8)	71(65,1)	27(24,8)	9(8,30)	2(1,8)	0(0,0)
Aparente Vulnerável	65(23,1)	30(46,2)	20(30,8)	11(16,8)	4(6,2)	0(0,0)
Fragilidade Leve	56(20,0)	16(28,6)	16(28,6)	16(28,6)	8(14,2)	0(0,0)
Fragilidade Moderada	31(11,0)	1(3,2)	7(22,6)	14(45,2)	5(16,1)	4(12,9)
Fragilidade Severa	20(7,1)	1(5,0)	4(20,0)	7(35,0)	7(35,0)	1(5,0)
Total	281(100)	119(42,3)	74(26,3)	57(20,3)	26(9,3)	5(1,6)

* Os percentuais se referem à proporção de cada nível de fragilidade em relação à linha de base; em verde, os idosos que melhoraram a fragilidade; em azul aqueles que mantiveram a situação de fragilidade e em amarelo aqueles que pioram a fragilidade, ou seja, 36,7% idosos melhoraram sua condição e 40,2% pioraram.

Tabela 3. Caracterização sociodemográfica e associação entre transição para níveis piores de fragilidade de pessoas idosas hipertensas, acompanhados na primeira onda (análise bivariada). Montes Claros, MG, 2017.

Variáveis Independentes	Amostra n (%)	Transição para níveis de pior fragilidade		RP	IC 95%	p-valor
		Sim n (%)	Não n (%)			
Sexo				1,041	0,969 - 1,118	0,182
Masculino	85(30,2)	24(28,2)	61(71,8)			
Feminino	196(69,8)	41(20,9)	155(79,1)			
Faixa etária				1,050	0,970- 1,136	0,367
<79 anos	213(75,8)	52(24,4)	161(75,6)			
≥ 80 anos	68(24,2)	13(19,1)	55(80,9)			
Situação conjugal				1,020	0,956 - 1,087	0,726
Com companheiro	133(47,3)	32(24,1)	101(75,9)			
Sem companheiro	148(52,7)	33(22,3)	115(77,7)			
Arranjo familiar				1,021	0,936 - 1,115	0,479
Reside sozinho	40(14,2)	11(27,5)	29(72,5)			
Não reside sozinho	241(85,8)	54(22,4)	187(77,6)			
Escolaridade				1,042	0,969 - 1,121	0,762
≤ 4 anos	221(78,6)	52(23,5)	169(76,5)			
> 4 anos	60(21,4)	13(21,7)	47(78,3)			
Sabe ler				1,045	0,969 - 1,127	0,911
Sim	206(73,3)	48(23,3)	158(76,7)			
Não	75(26,7)	17(22,7)	58(77,3)			
Prática religiosa				1,061	0,875 - 1,286	0,198
Sim	271(73,3)	61(22,5)	210(77,5)			
Não	10(26,7)	4(40,0)	6(60,0)			
Renda própria				1,032	0,939 - 1,135	0,939
Sim	250(89,0)	58	192(76,8)			
Não	31(11,0)	7	24(77,4)			
Renda familiar mensal				1,004	0,934 - 1,079	0,315
≤ 1 salário mínimo	73(26,0)	20	53(72,6)			
> 1 salário mínimo	208(74,0)	45	163(78,4)			

RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança.

Tabela 4. Caracterização de morbididades e utilização de serviços de saúde entre idosos comunitários; e associação entre transição para níveis piores de fragilidade de pessoas idosas hipertensas, acompanhados na primeira onda (análise bivariada). Montes Claros, MG, 2017.

Variáveis Independentes	Transição para níveis de pior fragilidade			RP	IC 95%	p-valor
	n (%)	Sim n (%)	Não n (%)			
Diabetes Mellitus				1,015	0,944 - 1,092	0,488
Sim	77(27,4)	20(26,0)	57(74,0)			
Não	204(72,6)	45(22,1)	159(77,9)			
Doença Cardíaca				1,018	0,950 - 1,090	0,604
Sim	92(32,7)	23(25,0)	69(75,0)			
Não	189(67,3)	42(22,2)	147(77,8)			
Tumor maligno/Câncer				1,060	0,943 - 1,192	0,096
Sim	28(10,0)	10(35,7)	18(64,3)			
Não	253(90,0)	55(21,7)	198(78,3)			
Artrite/Reumatismo/Artrose				0,974	0,914 - 1,038	0,459
Sim	141(50,2)	30(21,3)	111(78,7)			
Não	140(49,8)	35(25,0)	105(75,0)			
Osteoporose				1,015	0,950 - 1,084	0,725
Sim	109(38,8)	24(22,0)	85(78,0)			
Não	172(61,2)	41(23,8)	131(76,2)			
Embolia/Derrame pulmonar				1,135	0,937 - 1,374	0,875
Sim	12(4,3)	3(25,0)	9(75,0)			
Não	269(95,7)	62(23,0)	207(77,0)			
AVE/ Derrame				1,126	0,986 - 1,286	0,110
Sim	25(8,9)	9(36,0)	16(64,0)			
Não	256(91,1)	56(21,9)	200(78,1)			
Enfisema/DPOC				0,966	0,862 - 1,081	0,371
Sim	20(7,1)	3(15,0)	17(85,0)			
Não	261(92,9)	62(23,8)	199(76,2)			
Asma/Bronquite Alérgica				1,070	0,937 - 1,223	0,963
Sim	22(7,8)	5(22,7)	17(77,3)			
Não	259(92,2)	60(23,2)	199(76,8)			
Polifarmácia				1,095	1,020 - 1,177	0,003
Sim	96(34,2)	32(33,3)	64(66,7)			
Não	185(65,8)	33(17,8)	152(82,2)			
Autopercepção de saúde				1,068	1,004 - 1,137	0,012
Positiva	120(42,7)	19(15,8)	101(84,2)			
Negativa	161(57,3)	46(28,6)	115(71,4)			
Perda de peso				1,153	1,040 - 1,279	0,002
Sim	44(15,7)	18(40,9)	26(59,1)			
Não	237(84,3)	47(19,8)	190(80,2)			

continua

Continuação da Tabela 4

Variáveis Independentes	Transição para níveis de pior fragilidade			RP	IC 95%	p-valor
	n (%)	Sim n (%)	Não n (%)			
Possui Cuidador				1,032	0,931 - 1,145	0,708
Sim	34(12,1)	7(20,6)	27(79,4)			
Não	247(87,9)	58(23,5)	189(76,5)			
Queda nos últimos 12 meses				1,041	0,972 - 1,115	0,051
Sim	97(34,5)	29(29,9)	68(70,1)			
Não	184(65,5)	36(19,6)	148(80,4)			
Consulta médica nos últimos 12 meses				1,004	0,888 - 1,135	0,148
Sim	261(92,9)	63(24,1)	198(75,9)			
Não	20(7,1)	2(10,0)	18(90,0)			
Internação nos últimos 12 meses				1,185	1,057 - 1,329	<0,001
Sim	37(13,2)	9(51,4)	8(48,6)			
Não	244(86,8)	6(18,9)	98(81,1)			

RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança.

Tabela 5. Fatores associados à piora da fragilidade em idosos hipertensos (análise múltipla). Montes Claros, MG, 2013-2017.

Variáveis independentes	RP	IC95%	p-valor
Polifarmácia			
Não	1		
Sim	1,099	1,011 - 1,194	0,026
Autopercepção de saúde			
Positiva	1		
Negativa	1,093	1,014 - 1,179	0,021
Internação nos últimos 12 meses			
Não	1		
Sim	1,254	1,119 - 1,407	<0,001

RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança.

DISCUSSÃO

Este trabalho mostrou a transição entre diferentes níveis de fragilidade na população comunitária idosa e hipertensa ao longo de um período médio de 42 meses entre a linha de base e a primeira onda do estudo. O que permitiu identificar que existem fatores significativamente associados à transição para piores níveis do estado de fragilidade entre pessoas idosas portadoras de HAS.

Houve uma importante redução da fragilidade entre os dois momentos de avaliação. Quase metade dos idosos acompanhados não apresentou alteração no nível de fragilidade. Cerca de um quinto apresentou piora e os demais apresentaram melhora desses níveis. Em estudo realizado em Ribeirão Preto-SP, com idosos em geral, a média da fragilidade e a categoria frágil aumentaram durante o acompanhamento¹³. Em Minas Gerais verificou-se piora do estado de fragilidade dos idosos, de 33,8

para 36,8% em 42 meses de acompanhamento¹². Em idosos australianos foi observado que a prevalência de fragilidade aumentou de 65,3% para 67,6% em 10 anos de acompanhamento¹⁷. Estudo em San Antônio, Texas, apontou que indivíduos pré-frágeis foram mais propensos a regredir seu estágio em relação aos frágeis, mas evidenciou que quanto maior o estágio de fragilidade, maior a mortalidade¹⁸. Em outro estudo, longitudinal, no Triângulo Mineiro, também mostrou piora nas condições de saúde dos idosos, sendo as mulheres mais frágeis que os homens¹⁹.

Esses resultados sugerem que existe uma importante variação entre os níveis de fragilidade ao longo do tempo o que reforça o caráter dinâmico do processo de fragilidade^{12,20}. Ressalta-se que todos os estudos utilizados na comparação de resultados foram realizados entre idosos de forma geral e não especificamente em idosos hipertensos como na presente investigação. A comparação com estudos entre idosos hipertensos não foi possível por ter sido encontrado nenhum outro estudo com esse recorte. Essa constatação é importante e endossa a inovação desta investigação.

Sobre a variação positiva da fragilidade observada na presente investigação, em que 36,7% dos idosos apresentaram melhora dos níveis de fragilidade cabem algumas ponderações. Como 54 idosos faleceram e é possível que estes apresentassem os piores níveis de fragilidade, talvez isso explique essa suposta melhora. É possível uma melhora espontânea da fragilidade, uma reversão de níveis ruins e até reabilitação do idoso considerado frágil, neste caso são necessárias intervenções assistenciais²¹. Outra ação positiva que pode colaborar para melhora dos níveis de fragilidade é a educação em saúde. Tais ações são capazes de promover o empoderamento da pessoa idosa e estimular a adesão a um estilo de vida mais saudável que seria suficiente para promover a saúde de maneira geral. Entretanto essas intervenções não foram investigadas neste estudo e, portanto podem servir aqui como hipóteses para investigações futuras.

Neste estudo foi identificado que 23,1% dos idosos apresentaram piora da fragilidade. Um fato importante é que os indivíduos do presente estudo são hipertensos, ou seja, tem uma condição facilitadora para piora de seu estágio; uma vez que,

a fragilidade pode ser intensificada pela presença de doenças crônicas que proporcionam perda de resistência aos estressores²².

Os resultados deste estudo evidenciaram que os idosos que apresentavam consumo elevado de medicamentos, a polifarmácia, autopercepção negativa da saúde e que estiveram internados nos últimos 12 meses apresentaram piora da fragilidade. A polifarmácia refere-se ao consumo diário de cinco ou mais medicamentos e é comum na população idosa. Pode estar associada à presença de múltiplas doenças crônicas²³. Neste estudo a polifarmácia esteve associada à piora da fragilidade. Consoante com outros estudos que identificaram mesmo resultado, porém com uma população idosa não especificamente hipertensa^{3,10,12,24-27}. A polifarmácia pode ser um preditor para a piora da fragilidade¹⁸. Idosos que apresentam muitas morbidades e consequentemente que fazem uso de muitas medicações podem apresentar maiores chances de se tornarem frágeis²², por consumir diariamente muitos medicamentos diferentes pode trazer prejuízos para a saúde e assim impactar na sua autonomia.

A fragilidade e a polifarmácia são condições associadas, complexas e modificáveis. Situações que merecem destaque devido ao risco do uso abusivo e inapropriado de medicamentos³. Pode expor o idoso à vulnerabilidade a eventos estressores, dificultando o organismo no retorno a homeostase, o que predispõe à piora da fragilidade¹². Poucos estudos abordam o uso de medicamentos e seus riscos na população idosa da atenção primária²⁸. Portanto o presente estudo traz uma contribuição importante ao demonstrar que idosos hipertensos que fazem uso de muitos medicamentos possuem tendência de piorar a fragilidade ao longo do tempo. Tal informação pode ser usada no planejamento de ações voltadas para o uso racional de medicamentos associada a um olhar holístico ao idoso, durante visitas domiciliares realizadas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família, identificando situações no ambiente em que vivem de forma a evitar a prescrição indiscriminada com base na clínica de sintomas.

Outro fator associado à piora da fragilidade nos idosos hipertensos foi a autopercepção negativa da saúde. A autopercepção da saúde é considerada um

indicador importante para mensurar as condições de saúde^{3,10,12}. Serve de base para a melhoria nas condições assistenciais e no acesso aos serviços de saúde²⁹. Sua avaliação também mostrou associação significativa com a fragilidade na população idosa não hipertensa em outros^{3,10,12,24,26,30}. Por considerar fatores físicos, cognitivos e emocionais associados ao bem estar e a satisfação com a própria vida essa medida tem a capacidade de prever de maneira robusta e consistente a piora da fragilidade em idosos³¹.

Uma forma de atuar neste indicador a fim de amenizar seu impacto negativo seria a criação de oficinas terapêuticas, grupos educativos, realização de escuta qualificada com a equipe multiprofissional. Além do incentivo ao *coping* religioso, que é uso da fé/religiosidade em momentos difíceis³². Há um impacto benéfico em idosos em tratamento de doenças, principalmente em situações de vulnerabilidade³³. Também, é positivo na percepção de qualidade de vida em situações complexas de indivíduos frágeis sob cuidados paliativos³². Tais intervenções influenciam positivamente na autopercepção de saúde e em indicadores relacionados, como o acesso e qualidade do serviço de saúde. Práticas que devem ser encorajadas pela equipe multiprofissional na assistência³⁴.

A internação hospitalar nos últimos 12 meses também esteve associada à transição para piores níveis de fragilidade entre idosos hipertensos. Essa relação já foi demonstrada na literatura com idosos não especificamente hipertensos^{3,12,22,25,26,34}. Sabe-se que, idosos mais frágeis podem precisar internar mais, devido a condições inerentes ao estado de fragilidade. No caso de idosos hipertensos a possibilidade de internação pode ser maior em função da possibilidade de complicações cardiovasculares. Além disso, o ato de internar pode trazer prejuízos relacionados à redução de movimentos, perda da autonomia para realizar atividades habituais e maior dificuldade de locomoção³⁵. Todos esses fatores podem contribuir para a piora da fragilidade em idosos hipertensos. Em estudo longitudinal³⁴ realizado com idosos avaliando a capacidade funcional antes e após a internação foi verificado que cerca 28% dos idosos apresentaram pior função 30 dias após a alta em relação a 15 dias antes da internação. Entre idosos frágeis a piora da funcionalidade após a internação foi ainda maior.

É válido ressaltar que os estudos utilizados na discussão deste trabalho foram realizados com idosos de forma geral, mostrando a escassez ou inexistência de trabalhos na temática deste estudo em uma população específica “Piora da fragilidade em idosos hipertensos” o que mostra sua importância.

Como limitações deste estudo, destaca-se a ausência de pesquisas longitudinais que estimam a piora da fragilidade em uma população que seja idosa e hipertensa, o que dificultou a comparação dos dados e o debate de ideias. Outra limitação foi a não avaliação de transições entre os níveis de fragilidade que eventualmente ocorreram em intervalos menores que o tempo de acompanhamento desta investigação. Além disso, algumas variáveis estudadas foram autorrelatadas. Entretanto, mesmo em face dessas limitações, este trabalho possui amostra aleatória, com número significativo de idosos comunitários. Foi utilizado instrumento validado entre idosos brasileiros, padronizado e com métodos mensuráveis e comparáveis. Além disso, trata-se de um estudo que mostra o que de fato influencia na piora da fragilidade entre idosos hipertensos ao longo do tempo. Destaca-se ainda o seu potencial de direcionamento de esforços que possam melhorar o manejo da fragilidade em idosos hipertensos.

CONCLUSÃO

Os resultados deste trabalho mostraram o caráter dinâmico da síndrome da fragilidade que pode variar ao longo do tempo. A prevalência de fragilidade diminuiu na primeira onda do estudo em relação ao ano base. Mas ainda assim, um importante contingente de idosos hipertensos apresentou piora do estado de fragilidade. Os fatores associados a essa piora foram: polifarmácia, autopercepção negativa da saúde e internação nos últimos 12 meses.

Este estudo poderá contribuir para o planejamento e implementação de ações de cuidados para a população idosa, visando à identificação, prevenção, e até reversão da fragilidade. Ações direcionadas à melhora do indicador de autopercepção de saúde, além de cuidados com uso excessivo de medicamentos e atenção específica para idosos que necessitam de internação poderão amenizar a transição para piores níveis de fragilidade.

A equipe multiprofissional precisa ter conhecimento sobre a fragilidade para que possam realizar o manejo adequado de idosos hipertensos com síndrome da fragilidade. São esses profissionais que identificam os grupos vulneráveis e priorizam cuidados à saúde, podendo intervir positivamente em determinadas condições. Isso favorece a implementação de ações para melhores desfechos relacionados à fragilidade, tema importante, que deve fazer parte dos protocolos de avaliação clínica utilizados por profissionais de enfermagem, na

atenção primária à saúde, no contexto da geriatria e gerontologia. Este trabalho fornece informações para auxiliar na efetivação de tais protocolos. Ações qualificadas e individualizadas visando à identificação e à intervenção precoce na síndrome da fragilidade podem evitar a transição para níveis piores e influenciar positivamente no prognóstico dos idosos frente à síndrome da fragilidade e às doenças crônicas.

Editado por: Marquiony Marques dos Santos

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Políticas de envelhecimento populacional. Organizadora Solange ASM. Ponta Grossa (PR): Atena Editora. 2019. 134p. DOI 10.22533/at.ed.527192802
2. Camarano AA. Os idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2022. https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/05/Camarano-AA_Os-idosos-brasileiros_muito-al%C3%A9m-dos-60_TD-89-versao_final.pdf
3. Maia LC, Moraes EN, Costa SM, Caldeira AP. Frailty among the elderly assisted by primary health care teams. *Ciênc. Saúde Colet.* 25 (12) Dez 2020, v. 25, n. 12 pp. 5041-5050. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.04962019>
4. Santos GLA, Santana RF, Broca PV. Execution capacity of instrumental activities of daily living in elderly: Ethnonursing. *Esc Anna Nery.* 2016, v. 20, n. 3, e20160064. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160064>
5. Belasco AGS, Okuno MFP. Reality and challenges of ageing. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl 2):1-2. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2019-72suppl201>
6. Borges MM, Custódio LA, Cavalcante D de FB, Pereira AC, Carregaro RL. Custo direto de internações hospitalares por doenças crônicas não transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos. *Ciênc saúde coletiva.* 2023 Jan; 28. *Ciênc saúde coletiva*, 2023 28(1). <https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.08392022>
7. Feitosa-Filho GS, Peixoto JM, Pinheiro JES, Afiune Neto A, Albuquerque ALT, et al. Atualização das Diretrizes em Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arq Bras Cardiol.* 112(5):649-705. DOI: 10.5935/abc.20190086
8. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, Machado CA, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol.* 2021;116(3):516-658 <https://doi.org/10.36660/abc.20201238>
9. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet.* 2013; 381(9868):752-62. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)
10. Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Mendonça JMG, Costa FM, Caldeira AP. Prevalence and factors associated with frailty in non-institutionalized older adults. *Rev Bras Enferm.* 2016; 69(3):408-15. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690304i>
11. Ozmen C, Deniz A, Gunay I, et al. Frailty Impairs the Prognosis in Elderly Chronic Coronary Syndromes Patients. *Braz J Cardiovasc Surg* 2020;35(6):897-905. DOI: 10.21470/1678-9741-2019-0484
12. Carneiro JA, Lima CA, Costa FM da, Caldeira AP. Health care are associated with worsening of frailty in community older adults. *Rev Saúde Pública.* 2019, v. 53, 32. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000829>
13. Rodrigues RAP, Fhon JRS, Pontes MLF, Silva AO, Haas VJ, Santos JLF. Frailty syndrome among elderly and associated factors: comparison of two cities. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2018; 26:e3100. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2897.3100>
14. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing.* 2006; 35(5):526-9. <https://doi.org/10.1093/ageing/afl041> English

15. Silva RJS, Smith-Menezes A, Tribess S, Rómo-Perez V, Virtuoso Júnior JS. Prevalence and factors associated with negative health perception by the Brazilian elderly. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(1):49-62. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000100005>
16. Medeiros SM, Silva LS, Carneiro JA, Ramos GC, Barbosa AT, Caldeira AP. Factors associated with negative self-rated health among non-institutionalized elderly in Montes Claros, Brazil. *Cien Saúde Colet.* 2016 Nov;21(11):3377-3386. DOI: 10.1590/1413-812320152111.18752015
17. Hyde Z, Flicker L, Smith K, Atkinson D, Fenner S, Skeaf I, et al. Prevalence and incidence of frailty in aboriginal Australians, and associations with mortality and disability. *Maturitas.* 2016; 87(1):89-94. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.02.013>
18. Espinoza SE, Jung I, Hazuda H. Frailty transitions in the San Antonio Longitudinal Study of Aging. *J Am Geriatr Soc.* 2012 Apr;60(4):652-60. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2011.03882.x. Epub 2012 Feb 8. PMID: 22316162; PMCID: PMC3325321
19. Tavares DMS, Oliveira NGN, Santos LLS, Marchiori GF, Souza LA, Rodrigues FR. Health status of older men and women: longitudinal study. *Rev enferm UERJ*, v. 29, p. e57581, maio 2021. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.57581>
20. Etman A, Burdorf A, Van der Cammen TJ, Mackenbach JP, Van Lenthe FJ Socio-demographic determinants of worsening in frailty among community-dwelling older people in 11 European countries. *J Epidemiol Community Health.* 2012; 66(12):1116-21. <https://doi.org/10.1136/jech-2011-200027>
21. Faria GS, Ribeiro TMS, Vieira RA, Silva SLA, Dias RC. Transition between frailty levels in elderly persons from Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Rev Bras Geriatr Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2016; 19(2):335-341.<http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.140232>
22. Duarte YA de O, Nunes DP, Andrade FB de, Corona LP, Brito TRP de, Santos JLF, Lebrão ML. Frailty in older adults in the city of São Paulo: Prevalence and associated factors. *Rev Bras de Epidemiol.* 2018 ; 21. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180021.supl.2>
23. Ramos LR, Tavares NUL, Bertoldi AD, Farias MR et al. Polypharmacy and Polymorbidity in Older Adults in Brazil: a public health challenge. *Rev Saúde Pública.* 2016, v. 50, suppl 2, 9s. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006145>
24. Chini LT, Caliani TM, Jonas CT, Pereira DS, Santos JLF, Nunes AA. Fragilidade em idosos que vivem na comunidade: prevalência e fatores associados. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2021; 54(3):e-176705.<https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2021.176705>
25. Pinheiro HA, Mucio AA, Oliveira LF. Prevalence and factors associated with the frailty syndrome in older adults in the Brazilian Federal District. *Geriatr Gerontol Aging.* 2020;14:8-14. DOI: 10.5327/Z2447-212320201900072
26. Carneiro JA, Souza ASO, Maia LC, Costa FM da, Moraes EM, Caldeira AP. Frailty in community-dwelling older people: comparing screening instruments. *Rev Saúde Pública.* 2020, v. 54, 119. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002114>
27. Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Medeiros SM, Lima C de A, Costa FM da, Caldeira AP. Prevalence and factors associated with polypharmacy in community elderly: population based epidemiological study. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v. 51, n. 4, p. 254-264, 2018. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v51i4p254-264
28. Nascimento RCRM, Álvares J, Guerra JAA, Gomes IC, Silveira MR, Costa EA, Leite SN, Costa KS, Soeiro OM, Guibu IA, Karnikowski MGO, Acurcio FA. Polypharmacy: a challenge for the primary health care of the Brazilian Unified Health System. *Rev Saúde Pública* 2017; 51(2):19s. DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051007136
29. Borges AM, Santos G, Kummer JA, Fior L, Molin VD, Wibelinger LM. Self-perceived health in elderly living in a city in Rio Grande do Sul state. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014, v. 17, n. 01, pp. 79-86. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000100009>. ISSN 1981-2256
30. Sousa CR de, Coutinho, JFV, Freire Neto JB, Barbosa RGB, Marques MB, Diniz JL. Factors associated with vulnerability and fragility in the elderly: a cross-sectional study. *Rev Bras Enferm.* 2022, v. 75, n. 02. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0399>
31. Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Self-rated health and the association with social and demographic factors, health behavior, and morbidity: a national health survey. *Cad Saúde Publica.* 2013; 29(4):723-34. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400010>
32. Matos TDS, Meneguim S, Ferreira MLS, Miot HA. Quality of life and religious-spiritual coping in palliative cancer care patients. *Rev Latino-Am Enferm.* 2017, v. 25 e2910. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1857.2910>

33. Esperandio MRG, Escudero, FT, Fanini L, Macedo EPN de. Envelhecimento e Espiritualidade: o Papel do Coping Espiritual/Religioso em Idosos Hospitalizados. *Rev Interação em Psicologia*, Curitiba, v. 23, n. 2, ago. 2019. ISSN 1981-8076. <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v23i02.65381>
34. CarvalhoTC, Valle AP do, Jacinto AF, Mayoral VFS, Villas Boas PJF. Impact of hospitalization on the functional capacity of the elderly: A cohort study. *Rev Bras Geriatr. e Gerontol.* 2018, v. 21, n. 02, pp. 134-142. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170143>
35. Bordin D, Cabral LPA, Fadel CB, Santos CB dos, Grden CRB. Factors associated with the hospitalization of the elderly: a national study. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2018, v. 21, n. 04, pp. 439-446. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180059>



Modelo assistencial contemporâneo para os idosos: uma necessidade premente

Contemporary care model for older people: an urgent need

Renato Peixoto Veras¹ 

Resumo

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

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

Abstract

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

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

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

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

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

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

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

INTRODUÇÃO

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

É possível reorientar a atenção à saúde da população idosa e construir uma organização no setor que permita melhores resultados assistenciais a um custo menor. Para tanto, todos os atores do setor devem se perceber responsáveis pelas mudanças necessárias, bem como permitam-se inovar, por meio do resgate de cuidados e valores mais simples, os quais se perderam dentro do nosso sistema de saúde.

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

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

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

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

O objetivo deste trabalho é sugerir um modelo inovador e de qualidade. O atual, já defasado, somente ampliará o mau atendimento e a crise da saúde particularmente para o idoso, que é o grupo etário de maior demanda e custo. Deve-se trabalhar com uma perspectiva de premente mudança, e que esta proposta se consolide, desenhando o cenário de um cuidado assistencial mais adequado para os nossos velhos.

A transição demográfica

Todas as projeções demográficas feitas na década de 1980 sobre o crescimento do grupo etário dos idosos se confirmaram. Se houve algum erro, foi por subestimação¹⁻³.

A ampliação da longevidade é uma das maiores conquistas da humanidade. Chegar à velhice era privilégio de poucos, mas passou a ser a norma no Brasil e em países menos desenvolvidos. Houve uma melhoria substancial dos parâmetros de saúde das populações, todavia, tal conquista acarreta um grande desafio: cuidar bem desse grupo etário e agregar qualidade aos anos adicionais de vida.

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou uma publicação orientada para respostas políticas tendo em vista a promoção do envelhecimento ativo, definido como um processo de otimização das oportunidades para promoção da saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem⁴. Esse novo paradigma identifica três pilares essenciais: saúde, participação e segurança⁵⁻⁶.

Em essência, o pilar da saúde transcende o campo estritamente físico para englobar também os campos da saúde mental e do bem-estar social, todos recomendados para intervenção no nível das

políticas públicas. Por outro lado, o conceito de atividade refere-se a uma participação continuada nos domínios cultural, social e econômico, da vida cívica e comunitária, e não apenas a permanência ativa no mercado laboral. Por último, a necessidade da existência de algum sistema de proteção social que garanta nível adequado de segurança socioeconômica, sem o qual não será possível garantir nem a saúde, nem a participação da população idosa.

Além da importância das políticas públicas, verifica-se igualmente uma mensagem muito clara de responsabilização individual da população idosa, que deveria ela mesma procurar manter-se ativa e empenhar-se em garantir sua saúde, participação e segurança⁵. Na medida em que esse conceito ganhou força na esfera política, as publicações oficiais a esse respeito se tornaram cada vez mais focadas em um imperativo econômico: o da manutenção dos idosos em atividades produtivas⁶.

No Brasil, a mudança da configuração etária com o avanço do segmento da terceira idade é um fenômeno relativamente recente. O crescimento da população brasileira foi elevado nos últimos 70 anos. E o aumento da população idosa tem sido muito mais intenso, quando comparado ao cenário global.

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

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

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

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

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

Todos esses dados mostram que o futuro do século XXI será grisalho, ou seja, o percentual de idosos no mundo alcançará patamares jamais vistos na história. O caso brasileiro não é muito diferente, mas nosso processo de envelhecimento populacional é mais robusto, com percentuais de idosos bem acima dos percentuais globais. Do ponto de vista demográfico, esse é um tema de crucial importância, já que os países ricos registraram crescimento etário gradual ao longo de todo o século XX e, com seu poderio econômico, tiveram muito mais tempo para oferecer a essa parcela da população melhor estrutura e facilidades.

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

O envelhecimento humano não pode ser visto como um peso. É preciso alocar políticas sociais para esse público. No campo da saúde, deve-se manejar os cuidados de uma forma mais contemporânea e adequada para garantir esse patrimônio de saber e experiência sem que isso resulte em custos excessivos para o setor.

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

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

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

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

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

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

Importante ressaltar o enorme impacto demográfico que esses dados corroboram.

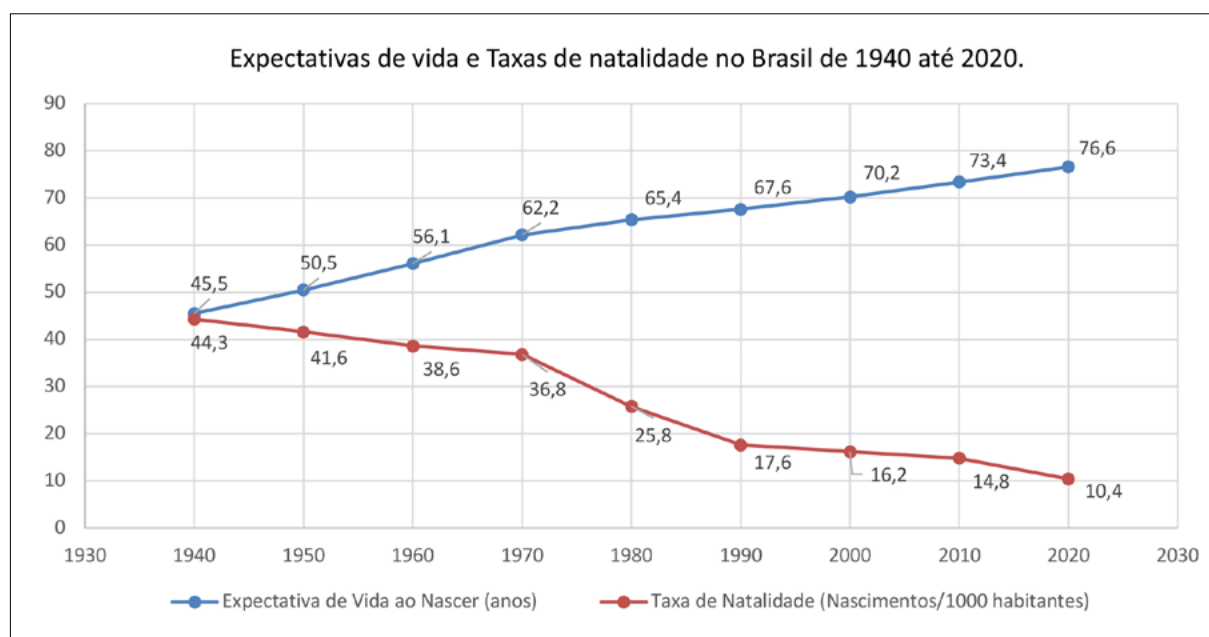


Figura 1. Expectativas de vida e Taxas de natalidade da população brasileira desde 1940 até 2020.

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

Doença crônica e modelo assistencial

No Brasil, a principal causa de mortalidade e morbidade são as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as quais normalmente têm desenvolvimento lento, duram períodos extensos e apresentam efeitos de longo prazo difíceis de prever. Os transtornos neuropsiquiátricos constituem a maior parcela dessas DCNTs¹⁰.

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

As enfermidades crônicas incluem tradicionalmente as doenças cardiovasculares, diabetes, asma, doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC) e doenças crônico-degenerativas. Como as taxas de sobrevivência têm melhorado, esse conjunto de doenças também passou a incluir muitos tipos de câncer, HIV/aids, distúrbios neuropsicológicos (como depressão, esquizofrenia e demência), artroses e deficiências visuais e auditivas. A maioria delas não tem cura, mas várias podem ser prevenidas ou controladas por meio de detecção precoce, adoção de dieta e hábitos saudáveis, prática de exercícios e acesso a tratamento adequado e oportuno.

Muitas dessas doenças crônicas constituem um conjunto de agravos que faz com que hoje muitos autores e instituições definam seus portadores como “pacientes crônicos em situação de complexidade”, o que é determinado por um perfil de apresentação de cronicidade. Entre as características diferenciais mais prevalentes desse grupo está a presença de várias enfermidades crônicas concorrentes, a grande utilização de serviços de hospitalização urgente com diferentes episódios de ida ao hospital durante um mesmo ano, a diminuição da autonomia pessoal temporária ou permanente e a polimedicação. Além disso, pode haver fatores adicionais, como idade avançada, viver sozinho ou com pouco apoio familiar e episódios de quedas, entre outros¹³.

Diversas condições crônicas estão ligadas a uma sociedade em envelhecimento, mas também

às escolhas de estilo de vida, como tabagismo, consumo de álcool, comportamento sexual, dieta inadequada e inatividade física, além da predisposição genética. O que elas têm em comum é o fato de precisarem de uma resposta complexa e de longo prazo, coordenada por profissionais de saúde de formações diversas, com acesso a medicamentos e equipamentos necessários, bem como estratégias de estímulo à adesão ao tratamento pelo paciente, estendendo-se à assistência social. No entanto, hoje, a maioria dos cuidados de saúde e dos serviços ainda está estruturada em torno de episódios agudos. Tendo em vista esse cenário, a gestão de doenças crônicas é cada vez mais considerada uma questão importante por gestores e pesquisadores em todo o mundo que buscam intervenções e estratégias para combater esses agravos. Deve-se ressaltar que a melhora da qualidade de vida da população é fruto de uma série de fatores, entre os quais o avanço tecnológico presenciado em diversos campos do conhecimento e da ciência contemporânea.

Mudança necessária

A transição demográfica e a melhoria dos indicadores sociais e econômicos do Brasil, em comparação com décadas anteriores, trouxeram o crescimento do contingente de idosos e uma maior pressão fiscal sobre os sistemas de saúde público e privado. Se essa parcela da população aumenta, ampliam-se naturalmente as doenças crônicas e os gastos¹⁴. E a demanda crescente por serviços de saúde pode gerar escassez e/ou restrição de recursos.

Mas é possível prevenir a maioria dos problemas de saúde pública que afetam a população – relativos não somente às doenças transmissíveis, mas também às não transmissíveis. Tal afirmação é evidenciada pela significativa diminuição de mortalidade por doenças coronárias e cerebrovasculares, pela redução da incidência e mortalidade por câncer cervical, bem como pela diminuição da prevalência de consumo de fumo e incidência de câncer do pulmão em homens¹⁵.

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

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

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

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

Por que o discurso é diferente da prática?

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

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

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

louvável falar dos marcos teóricos ou das políticas que têm por objetivo permitir um envelhecimento saudável – que significa manter a capacidade funcional e a autonomia, bem como a qualidade de vida, em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como foco a prevenção de doenças. Importantes organismos nacionais e internacionais de saúde defendem esse conceito há muitos anos^{11,13}. Mas o passo adiante precisa ser dado²⁰.

Propomos uma reflexão: se todos debatem esse tema e as soluções já estão presentes nas mesas de decisão, por que a situação permanece inalterada? Por que a teoria não se traduz na prática do dia a dia? Por que líderes e gestores não promovem a mudança?

Para que o setor de saúde – particularmente no segmento dos idosos – se organize, um dos itens a ser considerado é a desconfiança. Hoje a sociedade desconfia do que é ofertado. Nesse clima, qualquer proposta de mudança é vista com reservas. Tudo que é multifatorial e foi construído ao longo de muitos anos é difícil de transformar. Mudar uma cultura não é simples.

Outro gargalo é a qualidade assistencial, ainda pouco valorizada. É um tema de enorme importância, que demanda maior conscientização de profissionais de saúde e da sociedade. Discute-se que seria caro aplicar instrumentos de qualificação do atendimento, creditações e certificações, mas serviços qualificados são mais efetivos em termos de custo, têm menor desperdício e melhores resultados assistenciais para os pacientes.

Outra questão: existe a compreensão geral de que o cuidado do idoso ultrapassa a saúde. Além do diagnóstico e da prescrição, a participação social, as atividades físicas e mentais são elementos importantíssimos para a manutenção funcional. Mas ainda temos, principalmente na saúde suplementar, muita dificuldade para entender essas ações como parte integrante do cuidado. Existe uma tendência a separar ações “sociais” de ações “curativas”.

E quanto ao modelo de remuneração dos profissionais de saúde? Constata-se que são mal remunerados, então por que não adotamos o pagamento por desempenho? Associar a discussão

de resultado com a forma de remuneração é um poderoso instrumento indutor na busca pelo que é certo. Assim, “pagamento por performance”, “pagamento por resultado” ou “pagamento por desempenho” tornam-se sinônimos na luta pelo alinhamento entre acesso e qualidade assistencial. A mudança do modelo de remuneração a partir desse novo marco de assistência, focado no resultado e não no volume, precisa necessariamente ser um modelo do tipo ganha-ganha, em que todos os envolvidos sejam beneficiados, principalmente o próprio paciente.

Para pôr em prática todas as ações necessárias a um envelhecimento saudável e com qualidade de vida, é preciso repensar e redesenhar o cuidado ao idoso, com foco nesse indivíduo e em suas particularidades. Isso trará benefícios, qualidade e sustentabilidade não somente para a população idosa, mas para o sistema de saúde brasileiro como um todo^{7,21}.

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

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

Envelhecimento e saúde

A saúde pode ser definida como uma medida da capacidade individual de realização de aspirações e da satisfação das necessidades, independentemente da idade ou da presença de doenças⁷. Assim, uma avaliação geriátrica eficiente e completa, a custos razoáveis, torna-se cada vez mais premente. Seus objetivos são o diagnóstico precoce de problemas de saúde e a orientação de serviços de apoio onde e quando forem necessários para manter as pessoas em seus lares. A história, o exame físico e o diagnóstico diferencial tradicionais não são suficientes para um levantamento extenso das diversas funções necessárias à vida diária do indivíduo idoso²².

No livro “Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos”²³, os autores defendem que a saúde precede a assistência. Para eles, é latente a necessidade de medir e minimizar o risco de doenças, oferecer um gerenciamento abrangente das enfermidades e garantir serviços de prevenção para todos os clientes, inclusive os saudáveis¹. Nesse escopo, afirmam que a saúde deve envolver a preparação para o serviço que aumenta a eficiência da cadeia de valor (conjunto de atividades desempenhadas por uma organização desde as relações com os fornecedores, ciclos de produção e venda, até a fase da distribuição final. Tal conceito foi introduzido por Michael Porter em 1985); a intervenção; a recuperação; o monitoramento e o gerenciamento da condição clínica; a garantia de acesso; a mensuração de resultados e, por fim, a disseminação da informação.

Os sistemas de saúde são constituídos por alguns pontos de atenção e que não funcionam de forma integrada. Em geral, os pacientes entram nessa rede desarticulada em um estágio muito avançado; e a porta de entrada acaba sendo a emergência do hospital. Tal modelo, além de inadequado e anacrônico, tem péssima relação custo-benefício, pois faz uso intensivo de tecnologias caríssimas. Seu fracasso, no entanto, não deve ser imputado aos clientes, mas ao modelo assistencial praticado, que sobrecarrega os níveis de maior complexidade em função da carência de cuidado nos primeiros níveis. O atendimento domiciliar, para alguns casos, pode ser uma alternativa. O *home care* não deve ser visto como um modismo, mas como uma modalidade¹⁸ mais contemporânea de cuidar. Aliás, a “invenção” do moderno hospital é que é algo recente, pois até bem pouco tempo atrás o cuidado se dava na residência²⁴.

Uma avaliação prospectiva do gerenciamento de doenças²⁵ oferecido aos beneficiários do Medicare - sistema de seguro-saúde para idosos gerido pelo governo norte-americano - demonstrou que as ações não estavam conseguindo reduzir despesas²⁶ e que os médicos se ressentiam da decisão das seguradoras de pagar os custos de gerenciamento de doenças, possivelmente reduzindo seus ganhos e interferindo na relação médico-paciente. Programas de gerenciamento de doenças para idosos são ainda mais complexos e têm relação custo-benefício bastante

baixa, pois tratar adequadamente uma doença apenas reduz os índices de morbidade dessa patologia. A melhor opção é estruturar modelos que funcionem de modo integrado e consigam dar conta de toda a gama de necessidades²⁷. Se não for assim, o problema dificilmente será resolvido, pois as demais doenças e suas fragilidades serão mantidas. Além disso, os recursos serão utilizados inadequadamente²⁸.

A informação epidemiológica traduz-se na capacidade para prever eventos, possibilitando diagnóstico precoce (em especial em relação às doenças crônicas), retardando o aparecimento desses agravos, melhorando a qualidade de vida e a abordagem terapêutica. A determinação das condições de saúde da população idosa deve considerar o estado global de saúde, ou seja, levar em conta um nível satisfatório de independência funcional e não apenas a ausência de doença. Dessa forma, pensa-se como paradigma de saúde do idoso a ideia de funcionalidade, que passa a ser um dos mais importantes atributos do envelhecimento humano, pois trata da interação entre as capacidades física e psicocognitiva para a realização de atividades no cotidiano^{18,29}.

Bem-estar e funcionalidade são complementares. Significam a presença de autonomia, capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias convicções – e independência – capacidade de realizar algo com os próprios meios –, permitindo que o indivíduo cuide de si e de sua vida. Cabe ressaltar que a independência e a autonomia estão intimamente relacionadas, mas são conceitos distintos²⁹.

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

A avaliação funcional define a estratificação e a alocação corretas do paciente idoso em sua linha de cuidado, além de ser capaz de antecipar seu comportamento assistencial. A autonomia funcional é um importante preditor da saúde do idoso, mas avaliar sistematicamente toda a população idosa utilizando escalas longas e abrangentes não é o ideal. Há uma

série de instrumentos de avaliação para rastreamento de risco e organização da porta de entrada do sistema de saúde validados e traduzidos para o português.

A abordagem em duas fases, concentrando a avaliação completa apenas nos idosos em situação de risco, captados por um processo de triagem, é mais eficaz e menos onerosa. Para a primeira fase, da triagem rápida, deve-se utilizar um instrumento que atenda os seguintes critérios²: ser simples e seguro; ter tempo de aplicação curto e baixo custo; ter precisão para detectar o risco investigado; ser validado para a população e para a condição a ser verificada; ter sensibilidade e especificidade aceitáveis; apresentar um ponto de corte bem definido.

No primeiro contato, sugere-se a utilização do Prisma-7, desenvolvido no Canadá e destinado ao rastreamento²⁴ do risco de perda funcional do idoso¹². Composto de sete itens, com validação e adaptação transcultural do questionário para o Brasil, mostrou que o ponto de corte referente à pontuação 4 (quatro ou mais respostas positivas) é o ideal. O instrumento não requer material especial, qualificação ou longo treinamento, podendo inclusive ser autoaplicado. O tempo de aplicação é de três minutos e os níveis sociocultural e de escolaridade não influenciam na compreensão das questões.

O Prisma-7 tem sido utilizado sistematicamente na porta de entrada do sistema de saúde do Canadá e pela *British Geriatrics Society* e pelo *Royal College of General Practitioners*, na Inglaterra, como instrumento de rastreio para perda funcional e fragilidade³⁰.

Rumo à sustentabilidade

As transformações socioeconômicas e suas consequentes alterações nos estilos de vida dos indivíduos nas sociedades contemporâneas – com mudança de hábitos alimentares, aumento do sedentarismo e do estresse, além da crescente expectativa de vida da população – colaboram para a maior incidência de enfermidades crônicas, que são hoje um sério problema de saúde pública³¹.

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

todo processo: o próprio paciente³². A atenção deve ser organizada de maneira integrada e os cuidados precisam ser coordenados ao longo do percurso assistencial, em uma lógica de rede^{8,30}. O modelo deve ser baseado na identificação precoce dos riscos de fragilização do usuário. Uma vez identificado o risco, a prioridade é intervir antes que o agravo ocorra, reduzindo o impacto das condições crônicas na funcionalidade. A ideia é monitorar a saúde, não a doença, dentro da lógica de permanente acompanhamento, variando apenas os níveis, a intensidade e o cenário da intervenção³³.

É necessário obter melhores resultados assistenciais e econômico-financeiros. Para isso é preciso que todos entendam a necessidade de mudanças e que se permitam inovar no cuidado, na forma de remunerar e na avaliação de qualidade do setor.

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

O modelo de cuidado

Nos projetos internacionais, o médico generalista ou de família absorve integralmente para si de 85% a 95% dos seus pacientes, sem necessidade da ação de um médico especialista. Além disso, esse médico pode utilizar profissionais de saúde com formações específicas (em Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia...), mas é o generalista quem faz a indicação e o encaminhamento³⁴.

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

bom é o GP¹, o qual estabelece um forte vínculo com o paciente²⁵. O acesso a esses profissionais é garantido a todos independentemente de renda ou condição social, à semelhança do nosso SUS³⁵. Ao fazer seu registro com um GP, o cidadão britânico recebe assistência médica pública e gratuita em unidades de saúde compostas por médicos generalistas e enfermeiros. Qualquer atendimento necessário, desde que não seja de extrema urgência ou em função de algum acidente, será feito ali³⁶. O modelo norte-americano, por outro lado, opta pelo encaminhamento do paciente aos inúmeros médicos especialistas. São dois países ricos, de grande tradição na medicina. Utilizam, no entanto, sistemas diferentes, que proporcionam resultados também bastante distintos³⁷.

Um estudo recente da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico (OCDE), em países desenvolvidos, mostra a diferença dos custos da saúde nos Estados Unidos em comparação com outros países ricos e de boa qualidade assistencial³⁸ – onde, naturalmente, as despesas em cuidados de saúde são mais volumosas do que nos países em desenvolvimento^{26,29}. Ainda assim, o gasto dos norte-americanos é muito superior. Em 2017, foi de US\$ 10.224 por pessoa, 28% maior que a Suíça e mais que o dobro do Reino Unido. Esses dados reforçam que investir maciçamente em tratamento de doenças não é suficiente.

Em alguns países, a acreditação e a avaliação de indicadores de qualidade são requisitos obrigatórios. No Brasil, porém, o que se valoriza e premia é o volume. Falta uma política de estímulo à qualidade. Os pacientes nem sempre a reconhecem como uma necessidade, e tanto a saúde pública como a privada a percebem como um custo adicional. Apesar de esses pressupostos serem aceitos pela maioria dos gestores de saúde, muito pouco é realizado. Por este motivo, para um modelo de cuidado adequadamente estruturado²² alguns elementos não podem faltar⁴.

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

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

O esforço deve ser empreendido para manter os pacientes nesses níveis leves, visando preservar sua qualidade de vida e sua participação social. A meta é concentrar nessas instâncias mais de 90% dos idosos⁴⁰.

Ponto de corte ideal

Neste seguimento, as carteiras de clientes devem ser compostas de indivíduos a partir dos 50 anos. Cedo demais? Nem tanto. Contudo, o Estatuto do Idoso, instituído pela Lei nº 10.741, em outubro de 2003, é um conjunto de leis que tem por objetivo defender e proteger os cidadãos considerados idosos, aqueles a partir dos 60 anos.

Mesmo não devendo ser considerados idosos, a epidemiologia mostra que é a partir dessa idade que as doenças crônicas começam a se manifestar. E quanto mais precocemente for estabelecida a estrutura de um modelo de educação em saúde e prevenção, maiores serão as chances de sucesso.

No entanto, também é possível estabelecer um ponto de corte para início aos 55 anos ou aos 60. No Brasil, o envelhecimento humano é estabelecido a partir dos 60 anos de idade¹⁵.

A equipe

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

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

Uma avaliação funcional breve é feita no primeiro contato. Permite um marco zero de monitoramento e serve de parâmetro para o acompanhamento do plano terapêutico entre os diferentes pontos da rede. O gerente de cuidados é responsável pela transição do cuidado entre os serviços e reavalia anualmente, ou sempre que necessário, a capacidade funcional da pessoa, incentivando-a a participar do processo. Sua função é de extrema importância para o modelo proposto e sua atuação segue a mesma lógica do navegador (*navigator*) no sistema norte-americano, figura criada para orientar os pacientes mais frágeis.

A função do navegador está presente em algumas operadoras dos Estados Unidos e seu papel é central nessa proposta. De acordo com a Associação Médica Americana, é responsabilidade desse profissional o gerenciamento do cuidado do usuário ao longo dos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, verificando se as prescrições e orientações estão sendo cumpridas³².

Além do geriatra e do enfermeiro, a equipe multidisciplinar é composta por fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, nutricionista, educador físico e oficinas (profissionais que desenvolvem atividades dinâmicas integrativas vinculadas ao programa). Todas as vezes que forem identificadas necessidades de atendimento dos usuários em outros níveis de atenção, os encaminhamentos serão direcionados para os especialistas, mas sempre a partir do médico generalista.

Importante frisar que o modelo não mantém médicos especialistas, a não ser por algumas exceções, quando em uma unidade há um grande número de idosos frágeis. Neste caso, recomendam-se seis áreas de especialidades médicas relacionadas ao modelo, pois fazem parte das avaliações anuais, ou atuando no auxílio ao médico generalista, em

decorrência de sua especificidade, demanda e alta prevalência. Essas especialidades são de áreas nas quais se realizam anualmente exames preventivos de controle, a saber: Cardiologia, Ginecologia, Uro-proctologia, Dermatologia, Fonoaudiologia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia (este, aliás, não precisa ser um médico, mas sim um fonoaudiólogo).

A consulta com as especialidades aqui relacionadas somente será possível a pedido do médico generalista do paciente. Assim, fica explícito que não se assumem os demais especialistas caso o cliente precise do cuidado de outra especialidade. O mesmo raciocínio ocorre para a hospitalização. Médico e enfermeiro terão a preocupação de entrar em contato com o médico do hospital, para ter conhecimento do caso, preferencialmente atuando para garantir o melhor atendimento com o menor tempo de internação.

O ingresso

A entrada do paciente neste modelo de atendimento dá-se por meio de uma ação denominada acolhimento, que ocorre em duas etapas. A primeira tem cunho administrativo e institucional, quando é feita ampla exposição das ações propostas, enfatizando sobretudo a promoção da saúde e a prevenção de doenças. O usuário tem assim uma compreensão abrangente e didática do modelo e de toda a dinâmica de cuidados diferenciados que serão ofertados para melhorar sua saúde e sua qualidade de vida. A participação do idoso nessa dinâmica deve ser incentivada, porque é essencial para os bons resultados²¹.

Na segunda fase do acolhimento inicia-se o atendimento propriamente dito. Para organizar o acesso aos níveis do modelo, aplica-se um questionário de identificação de risco, o Prisma-7³³. Ao término da aplicação desse instrumento de triagem rápida, o resultado obtido vai para o sistema de informação. Em seguida, o paciente é submetido aos demais instrumentos que fazem parte da avaliação funcional. Essa avaliação funcional é realizada em duas fases, utilizando-se dois instrumentos de reconhecida confiabilidade adotados pelos mais importantes grupos de pesquisa em geriatria.

Um deles é o IVCF-20, que avalia oito dimensões: a idade, a autopercepção da saúde, as atividades de vida diária (três instrumentais e uma básica), a cognição, o humor/comportamento, a mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular; marcha e continência esfinteriana), a comunicação (visão e audição) e a presença de comorbidades múltiplas, representada por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente. Cada pergunta recebe uma pontuação específica, de acordo com o desempenho do idoso⁴¹, no total de 40 pontos. Além das perguntas, algumas medidas, como a circunferência da panturrilha, a velocidade da marcha e o peso/índice de massa corporal, são incluídas para aumentar o valor preditivo do instrumento⁴².

A pontuação gera três classificações: de 0 a 6 pontos, o idoso tem provavelmente baixa vulnerabilidade clínico-funcional e não necessita de avaliação e acompanhamento especializados; de 7 a 14 pontos, verifica-se risco aumentado de vulnerabilidade, que vai apontar necessidade de avaliação mais ampla e atenção para identificação e tratamento apropriado de condições crônicas; com 15 ou mais pontos²⁴, considera-se alto risco de vulnerabilidade ou mesmo fragilidade instalada, que exigem avaliação ampliada, de preferência por equipe especializada em cuidado geriátrico-gerontológico e com suporte psicossocial^{6,10}. O grupo coordenado pelo professor Edgar Moraes^{7,43}, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), disponibilizou on-line o instrumento (<https://sistema.medlogica.com.br/ngIVCF20/ge/standalone/671/646>>).

O outro instrumento é a Escala de Lachs⁴⁴, utilizada após o ICVF-20. Ela detalha alguns tópicos e confere uma robustez maior aos resultados. É composta por 11 itens (perguntas, aferições antropométricas e testes de desempenho) para avaliação das áreas mais comumente comprometidas na pessoa idosa: visão, audição, membros superiores e inferiores, continência urinária, nutrição, cognição e afeto, atividades de vida diária, ambiente domiciliar e suporte social. A aplicação desse instrumento permite, de maneira rápida e sistematizada, identificar os domínios funcionais que deverão ser posteriormente avaliados mais detalhadamente para o estabelecimento de diagnóstico e planejamento de intervenções.

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

O médico e o gerente de acompanhamento, além da equipe interprofissional geriátrica, farão avaliações mais detalhadas, a fim de propor um plano de intervenção. Essas informações serão coletadas e arquivadas até o fim do percurso assistencial. Após essa avaliação, é definido um plano terapêutico individual com periodicidade de consultas²¹, encaminhamento

para equipe multidisciplinar, centro de convivência e, se for o caso, avaliação de especialistas médicos.

É então aberto um registro eletrônico único, longitudinal e multiprofissional, no qual estarão armazenadas as informações de todas as instâncias de cuidado do modelo assistencial, desde o primeiro contato até o cuidado paliativo na fase final da vida. Esse registro deve conter informações sobre a história clínica e os exames físicos do paciente idoso, mas é essencial que tenha informações sobre seu dia a dia, sua família e seu apoio social, entre outras. Deverá também contar com os dados fornecidos pelos demais profissionais não médicos, como fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos etc. A participação da família, a explicação das atividades e os *screenings* epidemiológicos são outros importantes diferenciais desse modelo (Figura 2).

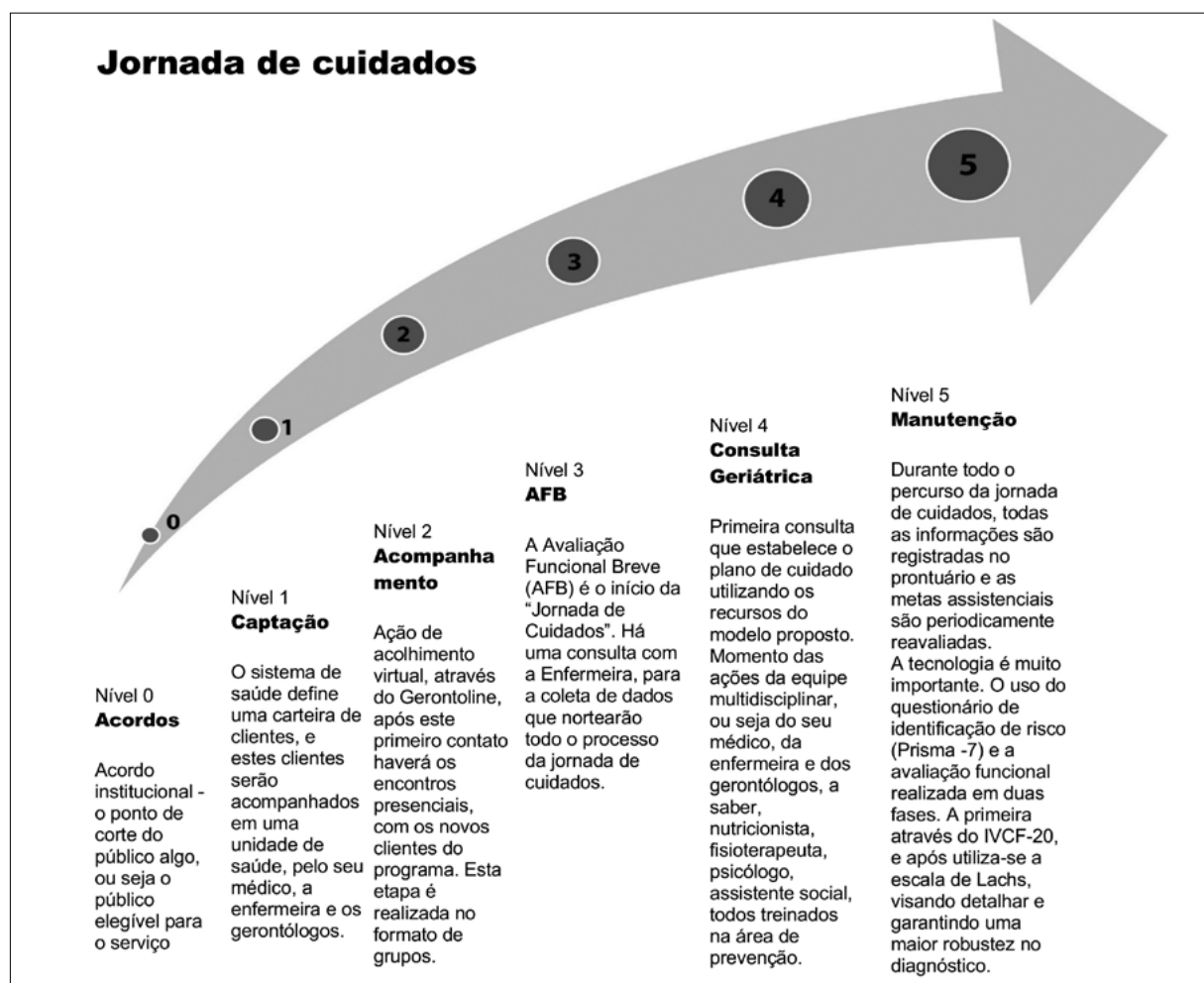


Figura 2. Jornada de cuidados, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2023

Fonte: Elaborado pelo pesquisador

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

Um dos principais fatores para controle de custos do programa é o acompanhamento em cada instância de cuidado. Não há lacuna na atenção ao paciente quando este é encaminhado à rede assistencial, quando necessita de cuidados terciários ou atenção em nível hospitalar⁵¹. A transição entre instâncias é acompanhada pela equipe de gestão, que preza pela fluidez no fluxo de informações, aproximando os profissionais assistentes e buscando preservar o princípio da gestão predominante da dupla formada por médico geriatra e enfermeiro.

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

Em caso de internação, o monitoramento do paciente é feito diariamente por duas vertentes. Em uma delas, o enfermeiro mantém contato com a família para dar apoio, esclarecimento ou identificar necessidades (do paciente ou da própria família). A outra vertente envolve o gestor de prevenção, que atua como elo entre ambulatório e hospital, fazendo acompanhamento diário com o médico assistente hospitalar. Nos hospitais onde existe a figura do médico internista, esse contato é facilitado e direto. Nos demais, o apoio é dos médicos auditores ou da equipe assistente.

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

Tecnologia como diferencial

Um sistema de informação de qualidade superior e tecnologia leve é essencial para auxiliar na fidelização dos clientes. Sem o uso de tecnologia, tal projeto não é viável; e isto requer competência para utilizar ao máximo seu potencial.

Um exemplo: o cliente, ao passar pela porta de entrada do centro de saúde, tem seu rosto identificado, o que abre de forma instantânea seu prontuário na mesa da recepcionista. Ao recebê-lo, ela o chama pelo nome, pergunta pela família e confere a lista de remédios que está tomando.

Outro importante diferencial é a disponibilização de um aplicativo para celular com informações individualizadas e lembretes de consultas e ações prescritas. O *app* poderá, entre outras ações, solicitar que o cliente faça uma foto do seu café da manhã e a envie para a nutricionista³⁸, que observará se a alimentação está balanceada, se há fibras em quantidade adequada etc.

São ações absolutamente simples, mas que agregam enorme confiança ao relacionamento, fazendo com que o cliente se sinta protegido e acolhido desde o primeiro momento.

O sistema de informação, que se inicia com o registro do beneficiário, é um dos pilares desse programa. Todo o percurso assistencial será monitorado em cada nível, verificando a efetividade das ações e contribuindo para a tomada de decisão e o acompanhamento. Trata-se de um registro eletrônico único, longitudinal e multiprofissional, que acompanha o cliente desde o acolhimento, fornecendo uma avaliação integral do indivíduo.

O contexto de pandemia e isolamento social propiciou diversos desafios à prática da medicina. Nesta proposta, pode-se ampliar o contato com o cliente, pois, além dos encontros presenciais, há a incorporação das consultas via telemedicina⁵⁵. O objetivo não é substituir a consulta presencial, mas flexibilizar e facilitar os horários e dias de

consulta, já que médico (ou enfermeira) e paciente não precisarão se deslocar.

O uso da tecnologia de ponta propicia um estreitamento do contato da equipe de saúde com o cliente e seus familiares. Com uma plataforma desenhada especificamente para esse cuidado, o contato dos gerontólogos será ampliado, viabilizando inúmeras ações individuais ou em grupo envolvendo nutricionista, psicólogo ou fisioterapeuta, com aconselhamento e ampliação do contato com os clientes.

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

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

Para o bom funcionamento do GerontoLine é necessário um excelente prontuário⁵⁷, que aborde não apenas as questões clínicas, mas também as

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

Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)

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

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

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

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

A avaliação das atividades de vida diária (banho, uso do vaso sanitário, transferência, continência e alimentação), instrumentais (usar telefone, fazer compras, preparar alimento, controlar medicamentos e finanças) e de mobilidade (equilíbrio, velocidade de marcha e força em membros) pode contribuir para gerar informações importantes para a tomada de decisões, mapeando fatores de proteção e risco individuais⁵⁸.

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

A triagem auditiva e visual e o auxílio no gerenciamento do uso de múltiplos medicamentos – “a polifarmácia” – antecipam a detecção de

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

Centro de convivência

Com o gradativo aumento da população idosa, surgiram alguns programas educacionais voltados principalmente para o lazer. A primeira experiência brasileira de educação para adultos maduros e idosos foi implementada pelo Serviço Social do Comércio (Sesc) com os grupos de convivência. Eles surgiram na década de 1960, com programação elaborada com base em atividades de lazer. Eram assistencialistas, pois não ofereciam instrumentos necessários para as pessoas recuperarem a autonomia desejada. A partir da década de 1980, as universidades começaram a abrir espaço educacional para a população idosa e para profissionais interessados no estudo das questões do envelhecimento, predominando a oferta de programas de ensino, saúde e lazer^{60,61}.

Centros semelhantes têm sido criados também pelas operadoras de planos de saúde desde a publicação, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar. O documento propõe incentivos para estimular a mudança da lógica de assistência, criando espaços para a promoção de saúde voltada para idosos. Publicou-se também uma resolução que incentiva a participação de beneficiários de planos de saúde em programas de envelhecimento ativo, com a possibilidade de descontos nas mensalidades⁶¹.

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

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

desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, o fortalecimento dos vínculos familiares, o convívio comunitário e a prevenção de situações de risco social para as pessoas acima de 60 anos⁶³. Além dos exercícios físicos, figuram: treino cognitivo, programas nutricionais⁶⁴, serviços telefônicos, computação, segurança domiciliar, prevenção de quedas, controle de esfíncter, imunizações e administração financeira. Cuidados com a mobilidade do idoso, prevenção de quedas e equilíbrio em oficinas de psicomotricidade, treinamento de força, orientação na escolha dos sapatos e serviço de podologia são fundamentais, pois garantem a independência⁶⁵.

Envelhecer requer adaptações. Novas aprendizagens são recursos para manter a funcionalidade e a flexibilidade dos idosos⁶⁶. Atividades artísticas, culturais e de recreação são tradicionalmente vinculadas a espaços de convivência para idosos e importantes fontes de prazer: conhecimentos gerais, idiomas, informática, produção de textos e leitura, arte dos retalhos, dança de salão, teatro, música, jogos de cartas, dominó, xadrez, meditação e viagens turísticas.

Centros de convivência podem prestar serviços de assessoria jurídica, agenciamento de cuidadores e auxílio para permanência domiciliar (suporte nas atividades de vida, assistência remota e entrega de refeições, por exemplo). Para tanto, é fundamental o investimento em cursos para qualificação de cuidadores e na comunicação na rede de cuidados. Ressalta-se que a regularidade de frequência às oficinas permite ao idoso a vivência de uma rotina, o que beneficia também o cuidador, que pode dispor daquele tempo para outras atividades. Um “contrato” semestral ou anual de participação dos idosos nas oficinas, segundo desejo deles e disponibilidade de coordenadores, permite melhor gerenciamento.

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

Os centros também podem acolher discussões importantes para o idoso e seu entorno. Envelhecimento e finitude merecem destaque. Pode-se construir um guia prático, divertido, com antecipação de questões relevantes ao envelhecimento (“o que está acontecendo comigo?”).

A filosofia e a religião podem contribuir para a reflexão sobre envelhecimento e morte. Para Platão, na Grécia Antiga, filosofar era aprender a morrer. Idealista, ele acreditava na vida após a morte, vista como uma passagem, a libertação da alma. Para os materialistas, como Epicuro, a vida era finita e ganhava ainda mais valor por isso. Não se vive da mesma maneira quando se acredita em concepções tão diferentes de morte⁶⁷.

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

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

Paralelos

Na linha de cuidado no ciclo da vida humana, a infância e a velhice guardam proximidades. Crianças pequenas, pessoas com doenças crônicas e idosos – todos, enfim, que têm limitada autonomia e independência – requerem atenção especial. Equipamentos coletivos, como creches e centros de convivência, podem ampliar as possibilidades de suporte e acompanhamento, as abordagens intergeracionais de cuidado e alargar padrões de integração social. A ampliação das redes de apoio e dos recursos para lidar com limitações enriquece a experiência do viver.

Há muito a família é encarregada do sustento de crianças e idosos. Com o advento das aposentadorias, no século XX, ela passou a compartilhar essas

responsabilidades com as empresas e o Estado. A construção de redes de cuidado representa um alívio considerável às famílias, aumentando suas chances de fazerem face a suas responsabilidades. Contudo o poder está presente em todas as relações humanas. Como legitimar o outro evitando uma relação de tutela? Como evitar que o cuidado efetive-se como exercício de dominação? É preciso administrar bem o espaço de poder presente em qualquer relação e recusar estratégias de dominação. A relação dialógica, o protagonismo dos sujeitos, a negociação e a corresponsabilidade fazem toda a diferença. É preciso discutir a questão da qualidade da relação cuidador/idoso e as possibilidades de transformação nas relações de poder.

Nos centros de convivência, estudos apontam para o uso de medidas de qualidade de vida a partir da autoavaliação do próprio idoso: “que nota darei ao dia de hoje?”. Isso aumenta a autoestima, o senso de governabilidade e permite a construção de um plano de cuidados singular a cada dia⁶¹.

Esses espaços podem proporcionar ao idoso motivo para sair regularmente e a oportunidade de contato social. Podem estimular também a formação de uma rede de comunicação em torno do cuidado, construindo uma relação de confiança entre o idoso, seus familiares e os profissionais da instituição. A existência de espaços coletivos para a troca de informações e experiências, bem como os contatos informais do dia a dia, contribuem para aproximar os interlocutores. Na rede de cuidados, o lugar dos diversos atores precisa ser discutido e negociado permanentemente, pois suas necessidades e possibilidades também se transformam. Para tanto, os espaços de comunicação, como grupos reflexivos e rodas de conversa, reafirmam a importância da construção coletiva (idosos, cuidadores e profissionais) do cotidiano. Cabe integrar e formar coordenadores de oficinas a partir de propostas de acompanhamento do envelhecimento humano.

No *Berlin Aging Study*⁷⁰, um extenso estudo interdisciplinar realizado entre 1990 e 1993 com 516 idosos de 70 a 100 anos selecionados ao acaso na cidade de Berlim, na Alemanha, foram analisadas diferentes variáveis, abrangendo medicina (capacidade funcional, perfil de risco, valores biológicos de referência),

sociologia e políticas sociais (história de vida e dinâmica geracional, estrutura e dinâmica da família, situação econômica e seguridade social, recursos sociais e participação social), além da psicologia.

Em centros de convivência, os estudos de coorte podem contribuir para o conhecimento e a organização dos cuidados daquele grupo de idosos. Nos Estados Unidos existem coortes de idosos que envelheceram frequentando centros de convivência. As informações epidemiológicas obtidas permitem o monitoramento da saúde e a antecipação de problemas, a fim de ampliar a vida saudável dos idosos^{19,33}. Nesses centros, múltiplas dimensões do cuidado podem ser observadas com atividades lúdicas e instrumentais.

O lugar do cuidado

O grupo de idosos está crescendo e envelhecendo, os *baby-boomers* estão chegando à terceira idade. Cada vez vive-se mais. E cresce também toda a tecnologia de cuidado dessa fase, que pode durar 40 anos. É necessário multiplicar e valorizar os espaços de convivência. As soluções são mistas: individuais e singulares, mas também coletivas.

Por muito tempo, a instituição “creche” suscitou certa estranheza, por ser associada ao orfanato, local onde crianças eram abandonadas⁶¹. Instituições que cuidem do idoso durante algumas horas do dia, como o centro de convivência, podem guardar também parentesco indesejável com os asilos, atualmente denominados “instituições de longa permanência” – e, algumas vezes, locais de abandono de velhos.

Hoje há consenso em torno da importância da socialização de crianças pequenas. De modo semelhante, evidencia-se o importante papel dos centros de convivência para romper o isolamento social do idoso. Idosos tendem a reduzir seus contatos sociais e seus vínculos. Sua frequência à instituição oferece também ritmo e rotina, organizando um pouco sua vida cotidiana. As redes de sociabilidade do idoso podem acontecer em múltiplos espaços: nas praças, nas praias, nos clubes, nas atividades religiosas ou em equipamentos coletivos, como os centros de convivência⁶¹.

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

Os “centros de cuidados” poderiam aglutinar cuidados destinados a crianças, pessoas com alguma deficiência temporária ou permanente e idosos, com ou sem autonomia e independência. A creche, ao receber o idoso para atividades junto às crianças, proporciona a convivência e permite construir laços afetivos entre as gerações. A transmissão de valores, as histórias de vida contadas em fotos, receitas de comidas ou canções e a comensalidade, por exemplo, valorizam o idoso, conferindo-lhe um espaço de importância e trazendo motivação. O cultivo dos vínculos, da capacidade de prestar atenção uns nos outros, é consequência natural dessa prática.

O berço deste modelo

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

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

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

CONCLUSÃO

Nos últimos anos, tenho me dedicado ao estudo do cuidado integral do idoso e ao aperfeiçoamento dos modelos assistenciais. Na condição de diretor da UnATI/UERJ e editor da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia (RBGG), a tendência que percebo é o desejo – mas também a necessidade – de consolidar a estruturação dos modelos assistenciais para idosos.

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

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

O envelhecimento da população gera novas demandas e desafia os modelos tradicionais de cuidado. Os avanços da tecnologia, da ciência e da medicina oferecem àqueles que utilizam as modernas ferramentas para a manutenção da saúde a chance de desfrutar a vida por um tempo maior. As transformações sociais e econômicas das últimas décadas, suas conseqüentes alterações no comportamento das sociedades contemporâneas – mudança de hábitos alimentares, aumento do sedentarismo e do estresse – e a crescente expectativa de vida da população colaboraram para a maior

incidência das enfermidades crônicas, que hoje são um sério problema de saúde pública. Não é possível atender o público idoso de forma satisfatória ignorando que essa parcela da sociedade necessita de uma assistência diferenciada. Por isso, é imperativo repensar o modelo atual.

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

O modelo ideal de atenção ao idoso deve ter como foco a identificação de riscos potenciais. Ao se monitorar a saúde em vez da doença, direciona-se o investimento para uma intervenção precoce, o que resulta em chances mais generosas de reabilitação e em redução do impacto na funcionalidade.

Como consequência de uma população mais envelhecida, a promoção e a educação em saúde, a prevenção e o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia são ações que precisam ser ampliadas. Afinal, não basta o aumento da longevidade. Como já supracitado: é essencial que os anos adicionais sejam vividos com qualidade, dignidade e bem-estar.

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

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

Editado por: Luiz Antonio Costa Tarcitano

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

23. Caetano G. Repensando a saúde. Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. (Michael E. Porter & Elizabeth Olmsted Teisberg. Tradução de Cristina Bazan). Porto Alegre: Bookman. ROC. 2007;3(6):236-38.
24. Saenger ALF, Caldas CP, Motta LB. Adaptação transcultural para o Brasil do instrumento PRISMA-7: avaliação das equivalências conceitual, de item e semântica. *Cad. Saúde Pública*. 2016;32,(9):1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00072015>. Acesso em: 07 nov. 2021.
25. Tanaka OY, Oliveira VE. Reforma (s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Saúde Soc*. 2007;16(1):7-17.
26. Oliveira M et al. A mudança de modelo assistencial de cuidado ao idoso na Saúde Suplementar: identificação de seus postos-chave e obstáculos para implementação. *Physis*. 2016;26(4):1383-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400016>. Acesso em: 01 nov. 2021.
27. Geyman JP. Disease management: panacea, another false hope, or something in between. *Ann. Fam. Med.*, Leawood 2007;5(3):257-60.
28. Oliveira M, Silveira DP, Neves R, Veras RV, Estrella K, Assalim VM et al. Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor. Rio de Janeiro: ANS, 2016.
29. Porter ME, Teisberg EO. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Artmed; 2009. 432p.
30. Lima KC, Veras RP, Caldas CP, Motta LB, Bonfada D, Marquiony MS et al. Effectiveness of intervention programs in primary care for the robust elderly. *Salud Pública México*. 2015;57(3):265-74.
31. Lima-Costa MF, Andrade FB, Souza Jr PRB, Neri AL, Duarte YAO, Castro-Costa E et al. The Brazilian longitudinal study of aging (ELSI-Brazil): objectives and design. *Am. J. Epidemiol*, Tokio, 2018;187(7): 1345-53. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/aje/kwx387>. Acesso em: 19 nov. 2021.
32. Veras RP, Gomes JAC, Macedo STA. coordenação de cuidados amplia a qualidade assistencial e reduz custos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2019;22,(2):1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190073> Acesso em: 05 nov. 2021.
33. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental State". A practical Method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr. Res.*, Oxford, 1975 12(3):189-98.
34. Lima-Costa MF, Veras RP. Saúde pública e envelhecimento [editorial]. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2003;19(3):700-701. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300001>. Acesso em: 02 dez 2021.
35. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Noronha KVMS. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*, London, 2019;394(10195):345-56. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7). Acesso em: 11 nov. 2021.
36. Turner G, Clegg A. Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners, report. *Age Ageing*, London, 2014;43(6):744-47. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afu138>. Acesso em: 01 nov. 2021.
37. Veras RP. The Current Challenges of Health Care for the Elderly. *J. Gerontol. Geriatr. Res.*, Los Angeles, 2015b;4(3):1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.4172/2167-7182.1000223>. Acesso em: 02 dez. 2021.
38. Machado RSP, Coelho MASC, Veras RP. Validity of the portuguese version of the mini nutritional assessment in brazilian elderly. *BMC Geriatr.*, London, 2015;15:1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0129-6>. Acesso em: 01 nov. 2021.
39. Veras RP. An Innovative Healthcare Model for the Elderly in Brazil: Care Coordination Extends Care Quality and Reduces Costs. *Int. J. Intern. Med. Geriatr.*, [s. l.], 2019c;1(2):33-42.
40. Oliveira M, Cordeiro H, Veras RP. O modelo de remuneração definindo a forma de cuidar: por que premiar a ineficiência no cuidado ao idoso? *J. Bras. Econ. Saúde*, São Paulo, 2018;10(2):198-202. Disponível em: <https://doi.org/10.21115/JBES.v10.n2.p198-202>. Acesso em: 01 dez. 2021.
41. Chultz MB, Kane AE, Mitchell SJ, MacArthur MR, Warner E, Mitchell JR et al. Age and life expectancy clocks based on machine learning analysis of mouse frailty. *Nat. Commun.*, London, 2020;11 (4618):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41467-020-18446-0>. Acesso em: 17 nov. 2021.
42. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília, DF: OPAS, 2012. 98p.
43. Rubenstein LZ et al. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J. Gerontol. Ser. A Biol. Sci. Med. Sci.*, Washington, 2001;56(6):366-77. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/gerona/56.6.M366>. Acesso em: 01 nov. 2021.

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

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

