

Cuidados à população idosa



Foto de Vlada Karpovich/Pexels

Ana Luiza Biscaro Almeida Barros

Erika Gabrielle Verni Guerreiro

Julia Jacomini de Paiva

Vinicius de Lima Benedito

Maria Elisa Gonzalez Manso

Pela primeira vez em toda a história a expectativa de vida ultrapassou os 60 anos de idade. Desde os anos 1900, os números das mortalidades infantil, materna e posteriormente da população adulta e idosa foram reduzindo até chegarem aos valores atuais, nunca vistos. Assim o envelhecimento populacional deixou de ser apenas uma projeção, para se tornar uma realidade, ainda que muito diferente entre os países, dado a condição financeira e de saúde da população idosa dos mesmos.

Foi a evolução da ciência e das descobertas de pesquisas da área da saúde que tornaram esse cenário possível. Com o avanço da medicina, a população que anteriormente perecia, em sua maior parte, devido a doenças agudas, passou a não somente sobreviver a elas, mas também a viver por mais tempo. O cuidado, portanto, durante muitos anos esteve centrado em curar afecções, em vez de preveni-las. Porém, no cenário atual, esse tipo de abordagem não é mais o ideal para atender as necessidades do número de idosos que cresce exponencialmente. Esse público demanda uma atenção empática, individualizada e centralizada na pessoa, já que o manejo deve estar direcionado para as doenças crônicas dessa parcela populacional.

Pensando na necessidade de mudança na perspectiva da saúde e no envelhecimento da população, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu os anos de 2020 a 2030 como a Década do Envelhecimento Saudável, pretendendo aumentar a visibilidade dos idosos. Para isso, foram desenvolvidos diversos planos e diretrizes que buscam orientar os países quanto à melhora dos serviços de saúde, da abordagem da funcionalidade e a redução dos preconceitos direcionados a essa parcela da sociedade. O processo tem como base as relações dos idosos com a comunidade em que vivem, a capacitação dos setores de saúde voltados para o cuidado centrado na pessoa, a disseminação de conhecimento, além do reforço e utilização de dados, pesquisas e inovações que ajudem na implementação de ações propostas.

Problemas e mudanças necessárias

Sabe-se que a população mundial está envelhecendo. Como diversos estudos demográficos já apontam, entre os anos de 2015 e 2050 a população com mais de 60 anos de idade passará de 12% a 22%, aproximadamente. Diante desse cenário, a saúde pública do futuro enfrentará grandes desafios, uma vez que as necessidades da faixa etária 60+ são diferentes daquelas que atendem uma população mais jovem ou adulta. Idosos tendem a apresentar multimorbidades – presença de diversas doenças crônicas simultâneas – além de serem mais suscetíveis a síndromes (como a Síndrome da Fragilidade), declínio da capacidade mental, quedas recorrentes, incontinência urinária, violência familiar e depressão. O cuidado dessa população, portanto, deve ser mais complexo, integrado, contínuo e coordenado. Para que isso ocorra, melhorias são necessárias nos mais diversos setores – desde a educação dos profissionais de saúde até a implantação de protocolos mais eficientes para manejo de pacientes geriátricos.

Cuidado centrado na cura vs. cuidado centrado na pessoa

Hoje, o que se observa não só no Brasil, mas no mundo todo, é que a medicina ainda está centrada na cura. Essa abordagem mais simplista que foca apenas em um problema e tenta resolvê-lo – *“fint it and fix it”* –, pode funcionar bem para a resolução de doenças agudas, porém é falha para o cuidado contínuo e integrado, que engloba as esferas da prevenção e da promoção à saúde. No entanto, quando esse modelo centrado na cura é aplicado à geriatria, as falhas se multiplicam e as consequências podem ser desastrosas, primeiramente porque a fisiologia do idoso é diferente e, os sinais e sintomas podem se apresentar de maneira atípica – retardando o diagnóstico e dificultando o tratamento. A presença de múltiplas comorbidades e a polifarmácia também podem gerar dados conflitantes aos olhos de profissionais despreparados, expondo o idoso a iatrogenias – como no caso da cascata iatrogênica, na qual o médico interpreta uma reação adversa como um novo sintoma que precisa ser tratado.

Além da abordagem *“fint it and fix it”*, a falta de integralidade no cuidado é outro problema encontrado nos serviços de saúde. Comumente, cada afecção é tratada por um especialista diferente, o que leva o paciente a se consultar com diversos profissionais que não se comunicam e que, acima de tudo, não centralizam o cuidado na pessoa. Diante dessa fragmentação, o número de intervenções

desnecessárias aumenta, causando iatrogenias em uma população que já é frágil e suscetível a complicações.

Embora o tratamento desses pacientes geriátricos deva ser multidisciplinar, todas as áreas precisam de uma boa comunicação, a fim de estabelecer metas individuais, manter uma boa qualidade de vida, além de um monitoramento constante – que seja capaz de identificar precocemente potenciais riscos e novos problemas de saúde.

O cuidado integrado na atenção primária

Diversos estudos mostram que o cuidado integrado é o melhor sistema a ser implementado para a população 60+. Nele, o tratamento é contínuo – e não apenas curativo – já que conta com a participação de todos os níveis do sistema de saúde; a longo prazo, este cuidado chega até a casa do paciente, onde está a atuação da medicina de família. Simultaneamente, há uma equipe multiprofissional trabalhando para entender as necessidades e preferências individuais em todas as esferas – biológica/psíquica, social e econômica. Para cada um, planos são traçados e metas devem ser cumpridas a fim de que aquele idoso em específico seja atendido de forma integral e contínua, na linha do tempo.

Para que os serviços de saúde estejam integrados também é importante que haja acesso à informação. Todos os profissionais de saúde que estiverem participando de um caso devem ter, de alguma forma, acesso à ficha daquele paciente. Informações faltantes, incompletas ou até mesmo erradas, dificultam e podem até prejudicar a saúde de quem está sendo acompanhado.

A OMS recomenda que líderes locais invistam em tecnologias da informação e comunicação, criando espaços virtuais (portais para pacientes) e ferramentas que facilitem a troca de informações e a participação de todos os profissionais de saúde no planejamento e na tomada de decisões para o cuidado dos pacientes.

Por último, e não menos importante, ainda há a questão do treinamento/educação adequados da equipe de saúde, principalmente dos médicos. Muitos desses profissionais têm demonstrado incapacidade em compreender a abordagem biopsicossocial, tão necessária para o cuidado da população idosa. Parte disso indica que há uma falha na formação acadêmica desses médicos, que não são ensinados, muito menos treinados de maneira adequada, a lidar com os mais velhos. Diante disso, a OMS passou a recomendar que estejam inclusos no currículo do médico treinamentos na atenção primária e comunitária, além do treinamento geriátrico. É básico que um médico saiba identificar sinais de negligência, abuso, depressão ou demência e saiba avaliar as capacidades física e mental do idoso, assim como seu estado de nutrição e saúde bucal.

Década do envelhecimento saudável

“*Healthy ageing*”, traduzido como envelhecimento saudável, é definido pela OMS como “o processo de desenvolvimento e manutenção da funcionalidade que possibilita o bem-estar dos idosos”, englobando tudo aquilo que diz respeito à

qualidade de vida, funcionalidade e atendimento de saúde atrelado ao aumento da expectativa de vida.

Envelhecimento saudável não é sinônimo de falta de doenças ou condição de saúde impecável, mas sim de hábitos de vida saudáveis e de acesso a sistemas de saúde de qualidade, organizados e eficientes para atender os idosos que necessitem desse serviço. Trata-se da promoção de qualidade de vida e independência para os idosos e para a população que está envelhecendo, visto que a transição demográfica é um fato e não mais uma projeção, e que o número de idosos só tende a aumentar.

Envelhecer saudável é um processo descrito pela manutenção da capacidade funcional/ funcionalidade, assim sendo, a década de 2020 a 2030 foi escolhida pela OMS como a década do envelhecimento saudável, e para tal foram elaboradas propostas de ações e documentos para sustentar a implementação dos serviços referentes aos planos desta década, cujo objetivo é melhorar a funcionalidade dos idosos até 2030.

O conceito de funcionalidade inclui: habilidade de reconhecimento das próprias necessidades básicas; habilidade de aprender, crescer e tomar decisões; mobilidade; habilidade de criar e manter relações; e habilidade de contribuir. A funcionalidade, a capacidade intrínseca do indivíduo e o ambiente em que ele vive e interage, são os três componentes principais do envelhecimento saudável, e a união dos mesmos trata-se de um processo multifatorial e influenciável, em torno do qual irão se concentrar as nuances da década.

A década do envelhecimento saudável é um plano de ações e políticas públicas mundiais centradas na pessoa idosa. A OMS redigiu um documento oficial referente às ações e políticas e como aplicá-las a diferentes países, sejam eles desenvolvidos, em desenvolvimento ou subdesenvolvidos. Não basta apenas oferecer serviços de saúde aos idosos, é preciso monitorá-los, centrar o cuidado em cada paciente e saber atender às necessidades de cada paciente idoso. É preciso reconhecer o papel importante do idoso na sociedade e promover melhor qualidade de vida a essa população, afinal o envelhecimento é inevitável, mas o envelhecimento saudável é uma escolha dos governos, de organizações e dos sistemas de saúde.

A falta de dados e informações sobre envelhecimento saudável evidencia ainda mais a invisibilidade dos idosos na sociedade. Não adianta aumentar a expectativa de vida sem dar qualidade de vida aos idosos nesses anos adicionais. Para isso, governos e organizações interessadas precisam investir em dados de monitoramento do envelhecimento para mudar esse panorama de invisibilidade, e para tanto será preciso: informações concretas sobre funcionalidade para os idosos, o que eles valorizam, quais são seus planos e expectativas; melhora do sistema de dados sobre envelhecimento saudável e monitoramento de políticas e programas; inovação na coleta, na análise e no uso das informações; divulgação interprofissional e intercomunitária dos dados; envolvimento de idosos na política e tomada de decisão; Além da adesão e compromisso com o programa da década do envelhecimento saudável e suas ações.

Para que o enfoque no objetivo da melhora da funcionalidade dos idosos seja feito com propriedade, é preciso se basear em evidências, e para isso mais estudos precisam ser feitos nos países e nas questões sobre o envolvimento de idosos. O conhecimento das organizações e da sociedade preenchem espaços e ajudam a prover ideias para acelerar as ações.

Experiências de diversos países e setores são usadas para demonstrar como se pode otimizar as habilidades dos idosos com soluções inovadoras que engajem a população idosa e as comunidades. Conforme a base de evidências é construída, gera-se conhecimento e aprendizado através de programas e atividades ao redor do mundo, visto que se trata de um estudo e de uma ação mundial.

Para o plano da década foram elaboradas ao todo, pela OMS, quatro áreas de ação em vários níveis e setores, visando a promoção da saúde, prevenção de doenças, manutenção da capacidade intrínseca e da funcionalidade dos idosos. A primeira trata da mudança de pensamento, sentimento e ação da população quanto ao envelhecimento; a segunda aborda a garantia de que as comunidades estimulem e nutram as habilidades e a funcionalidade dos idosos; a terceira diz respeito a entrega de um sistema de saúde centrado na pessoa e de serviços primários de saúde para idosos; a quarta e última área de ação providencia acesso a cuidados de saúde a longo prazo para idosos que tenham necessidade ou encaminhamento para tal.

A OMS também tem planos de verificação e relato de progresso das ações a cada três anos e ao final da década, para reforçar medidas que devem ser tomadas e garantir que os prestadores das ações estejam alinhados com o objetivo principal da campanha. A melhora da capacidade funcional e a promoção da saúde, bem como a oferta de serviços de saúde de qualidade para os idosos são as prioridades da década.

Planos (Cuidado centrado na pessoa idosa)

A demência foi considerada um termo guarda-chuva pela OMS, pois abrange diversas doenças que afetam a memória e outras funções corticais e interferem nas atividades de vida diária, instrumentais e básicas. Há uma importante preocupação mundial, pois representa um custo pessoal, familiar e social.

Desde 2017 existe uma plataforma virtual que monitora mundialmente o progresso na prestação de serviços para as pessoas com demência e seus cuidadores; através de políticas públicas voltadas ao agravamento por planos nacionais com medidas de redução de risco, além de infraestrutura para o cuidado – atendimento e tratamento. Mas também está relacionada ao destino de recursos e financiamentos internacionais. Ainda contém informações e dados sobre a doença, mas que dependem do fornecimento destes pelos sistemas de vigilância de cada país.

Apesar de poucos países fornecerem dados à plataforma, já é vista a importância das atividades recomendadas pelo plano de ação da OMS “Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025” que incluem conscientização da população em relação à demência, atividades comunitárias, ambientes adequados

para pessoas com esta condição e treinamento para os cuidadores. Também fazem parte do plano o estímulo à pesquisa e inovação, à redução de risco de desenvolvimento de demência, ao respeito à dignidade e autonomia dos portadores.

A medicina centrada na doença e fragmentação do corpo por sistemas é uma prática secular, que começou a gerar insatisfação no período pós-guerra, então surgem propostas para modificar o modelo biomédico com a finalidade de tornar o processo de cuidado mais empático, responsável e respeitoso. Um dos pioneiros deste processo foi Michael Balint através de questões sobre como o paciente vivencia a sua enfermidade, sua percepção em relação a ela, qual o contexto em que está inserido.

A partir disso propuseram, ao final da década de 1980, um método clínico denominado “medicina centrada na pessoa”, tem como objetivo um entendimento integral da vivência do processo saúde-doença de cada indivíduo, por meio de uma escuta atenta e qualificada, com a finalidade de elaborar em conjunto um plano terapêutico, respeitando a autonomia da pessoa e sua dignidade independentemente da idade, grau de dependência, situação econômica ou déficit cognitivo, assegurando seu direito de ser protagonista de seu próprio processo de saúde.

O cuidado centrado na pessoa na atenção ao portador de alguma demência é essencial para um bom atendimento, o qual tem como objetivo deslocar a centralização do cuidado da doença para o indivíduo e sua subjetividade, as evidências desde a implantação do método demonstram melhores resultados. Mesmo assim, a medicina científica ocidental torna-se cada vez mais tecnológica e especializada, levando ao distanciamento do cuidado, desqualificação do doente e realce à doença.

Mesmo este modelo trazendo muitos avanços à saúde, como o aumento da expectativa de vida, não responde a alguns anseios, como a cura, em doenças crônicas principalmente, populações empobrecidas que adoecem mais, iatrogenia diagnóstica, mais efeitos colaterais, cascata iatrogênica, redução da autonomia do paciente. O distanciamento da técnica ao cuidado por parte dos profissionais de saúde é bem expresso pela relação médico-paciente cada vez mais tecnicista e fragmentada, desconsiderando aspectos biopsicossociais e culturais do adoecimento, a pessoa então não se apodera do cuidado de sua saúde, que é a base do plano terapêutico, dificultando a adesão ao tratamento.

Este cuidado centrado na pessoa demanda um olhar amplo sobre o indivíduo e sua subjetividade. A técnica é realizada em etapas, importante alternar perguntas abertas e fechadas, estar atento a linguagem não verbal também e buscar ativamente informações sem interromper.

São quatro principais etapas, a primeira delas é explorar a dimensão da enfermidade (*disease*) e a experiência da pessoa em estar doente (*illness*), por meio de informações objetivas e subjetivas, como os sentimentos e impactos diante daquele processo de adoecimento, é o início da estruturação do vínculo com a pessoa idosa por meio do acolhimento e da escuta qualificada. A segunda etapa

concentra-se em entender o indivíduo como um todo, permitindo que o idoso narre sua história de vida, considerando seus aspectos biopsicossociais, suas necessidades, contexto em que pertence e está inserido, família e preferências. Depois, a terceira etapa compreende em elaborar em conjunto o plano terapêutico, manejo dos problemas, negociando prioridades para aquele momento e para o seguimento do cuidado. E por último, mas que cronologicamente é construído durante todo processo, é o fortalecimento da relação médico-paciente através do estabelecimento de confiança e diálogo.

Outras etapas, não de estruturação, mas não menos importantes, consistem em incorporar a promoção e prevenção em saúde, buscando a redução de possíveis riscos e danos que doença possa trazer para a qualidade de vida da pessoa idosa; ser realista com a pessoa, mas nunca desamparar, deixar de orientar corretamente ou amedrontá-la, é fundamental sua inclusão e de suas redes de apoio, através da construção de uma equipe de saúde-médico-pessoa idosa- família.

O tratamento coordenado, personalizado, empático, respeitoso, que assegura a dignidade do paciente com estímulo à autonomia e à independência são princípios do cuidado centrado na pessoa. Ele é direcionado às suas próprias capacidades, não às doenças, tornando-as problemas de saúde singulares. Ademais incentiva que as pessoas idosas devam ser estimuladas, mesmo que dependentes, a manter seus hábitos, rotinas, afazeres, planos e organização diária.

O primeiro a propor uma abordagem diferenciada utilizando o cuidado centrado na pessoa, que reforçasse a comunicação e o relacionamento com os portadores de demência, foi Tom Kitwood, também na década de 1980, que trouxe o ponto de vista da progressão não linear e individual da demência, pois é melhor entendida pela correlação do comprometimento neurológico com os fatores psicossociais. Esta abordagem baseia o cuidado no afeto, conforto, inclusão, utilidade e identidade.

As pessoas com demência precisam ser tratadas com zelo, evitando um sentimento de não pertencimento, a inclusão da pessoa idosa e o sentir-se útil faz muita diferença em seu processo de envelhecimento e tem papel significativo na progressão da demência; além disso é necessário sempre preservar a identidade da pessoa, independentemente de sua idade, grau de dependência e cognição. O enfoque da proposta é no como é feito o cuidado, não no que é feito no processo de cuidado. Os componentes essenciais para o cuidado centrado na pessoa com demência são o respeito e valorização do indivíduo e com aqueles que cuidam dele, individualização e relevância de sua subjetividade, aplicar a empatia para a percepção do processo da perspectiva do outro, promover um ambiente social que propicie um bem-estar relativo à pessoa com demência. As evidências revelam resultados positivos da realização desta prática em relação à qualidade de vida da pessoa com demência.

ICOPE – Atenção integrada à pessoa idosa

A abordagem da Atenção Integrada para a Pessoa Idosa (ICOPE) foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no contexto do rápido envelhecimento populacional em todo o mundo. Nesse cenário, estratégias particulares às novas

tendências demográficas são medidas necessárias, a fim de lidar com os novos desafios para os sistemas de saúde e sociais.

Acerca deste processo demográfico de envelhecimento populacional, ressalta-se: a porcentagem da população mundial com 60 anos ou mais quase duplicará de 2015-2050; e com isso, maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e necessidades em saúde. Dessa forma, o ICOPE destina-se a garantir a satisfação das necessidades das populações idosas por sistemas de cuidados de saúde devidamente alinhados e de longo prazo; isso é importante porque os cuidados integrados, particularmente para as pessoas idosas e para aquelas com doenças crônicas, são geralmente aceitos como um mecanismo para melhorar os resultados na saúde e a eficiência dos sistemas.

E por cuidados a longo prazo, a OMS o entende como “atividades desenvolvidas por terceiros, para garantir que as pessoas com perdas significativas da sua capacidade intrínseca possam manter um nível de habilidade funcional coerente com os seus direitos básicos, liberdades fundamentais e dignidade humana”. Isso inclui: cuidados sociais; cuidados de saúde; contribuição de outros setores, tais como o dos transportes.

Seus princípios orientadores são: os idosos têm os mesmos direitos humanos que todas as outras pessoas; as mesmas oportunidades para um envelhecimento saudável, independentemente da sua condição social ou econômica, local de nascimento ou residência, ou outros fatores sociais; a prestação de cuidados em saúde com igualdade e não discriminação, particularmente de gênero, idade ou etnia; os serviços de saúde terão de dar resposta às necessidades e metas próprias de cuidados de saúde e sociais desse grupo etário particular.

A OMS propôs a abordagem ICOPE como forma de melhorar a abordagem à saúde do idoso a longo prazo, dado a complexidade das necessidades desse grupo, como já discutido, com objetivo de maximizar a capacidade funcional, individualidade e independência desses indivíduos. Assim, fica claro que a abordagem ICOPE tem como alvo as pessoas idosas que têm capacidades intrínsecas diminuídas ou que têm uma perda significativa das suas capacidades e dependem de cuidados.

A ICOPE é uma abordagem baseada na comunidade, com a proposta de reorientar os serviços de saúde e construir sistemas de cuidados em longo prazo, baseado em um modelo de cuidados centrado nas pessoas. Deve ser coordenado, o que não significa a fusão das estruturas, e trabalhar de forma coordenada e colaborativa.

As tabelas de pontuação são usadas para verificar a atual capacidade para implementar o ICOPE, bem como para monitorar as atividades em desenvolvimento à medida que as pontuações melhoram; fundamentando os planos de implementação do ICOPE.

Assim, tal medida produz resultados que indicam o estado global da implementação, resumindo-os para os serviços. À medida em que se avalia a capacidade dos serviços e sistemas de cuidados de saúde e sociais em prestarem atenção integrada, indica os pontos a serem abordados e áreas de oportunidade.

Os componentes do nível macro do quadro destinam-se a apoiar os decisores políticos, que são os que planejam, financiam e auxiliam na tomada de decisões acerca do sistema de saúde; capacitando pessoas e as comunidades, apoiando a coordenação dos serviços prestados por equipes multidisciplinares, orientando os serviços para os cuidados baseados na comunidade. Já os componentes do nível médio, por sua vez, destinam-se a apoiar os gestores e outros agentes que auxiliam na tomada de decisão em relação aos serviços e programas, por meio do reforço aos sistemas de governança e prestação de contas e facilitação do fortalecimento ao nível do sistema.

O envolvimento dos membros e organizações das comunidades na prestação de serviços utiliza seus recursos e promove ambientes favoráveis para idosos, bem como auxilia a aliviar o trabalho do cuidador que, muitas vezes, encontra-se sobrecarregado. A comunidade poderá incluir, por exemplo, famílias e vizinhos, outros idosos, empregadores, organizações religiosas e comunitárias. Assim, são alvos dessa abordagem coletiva os cuidados pessoais, promoção da saúde e bem-estar por meio do fomento de ambientes amigos da terceira idade, e nos quais estes indivíduos se sintam representados.

Nesse ínterim, apesar do foco das medidas ser a saúde do idoso, uma visão integrada o prestador de saúde-idoso que, apesar de mais complexa, é necessária, pois o bem-estar dos cuidadores e as suas competências de cuidados baseadas em habilidades é essencial. A forma de apoio aos cuidadores é variável pelo contexto local, daí ser flexível e adaptável às necessidades, capacidades e recursos disponíveis. Apesar desta flexibilização, tais medidas são norteadas com as seguintes propostas matrizes: bem-estar físico e mental dos cuidadores; competências baseadas em habilidades; períodos de descanso e acesso à serviços de apoio.

As avaliações centradas nas pessoas devem ser consideradas principalmente quando a capacidade intrínseca (CI) de um idoso declina ou está em risco de declínio. Assim, deve-se considerar CI e capacidades funcionais (CF), condições específicas de saúde ou sociais, comportamentos e riscos que possam influenciar a CI e a CF, contexto ambiental. Isso porque tais avaliações fornecem dados que permitem priorizar e adaptar as intervenções que estejam alinhadas com as necessidades individuais.

Os serviços devem ajudar na elaboração de planos de cuidados personalizados para as pessoas idosas, que sejam baseados em avaliação da saúde centrada nas pessoas - controle de doenças crônicas, por exemplo - e necessidades de cuidados sociais, assim como seus objetivos e preferências. Quando apropriados, os planos de cuidados devem ser revistos, à medida que a saúde das pessoas ou as circunstâncias sociais se alterarem. A principal prioridade de um plano de cuidados personalizado, que deve melhorar a capacidade intrínseca e a capacidade funcional, abordando diretamente as necessidades das pessoas idosas em matéria de cuidados de saúde e sociais.

São necessárias redes locais de prestadores de saúde, para facilitar a rápida transferência das pessoas idosas para os locais e níveis de cuidados apropriados.

Esse desenvolvimento de redes deverá incluir vias para rápido acesso a serviços de cuidados agudos e especializados quando necessário; reabilitação; bem como cuidados paliativos e terminais. Essas redes poderão favorecer o desenvolvimento de comunidades de práticas otimizadas de prestação e a coordenação dos cuidados.

Os cuidados devem ser dispensados por agentes de cuidados de saúde e sociais baseados nas comunidades, incluindo os que desempenham funções remuneradas ou não e que sejam apoiados por infraestruturas próprias à prestação de cuidados seguros e eficazes. A configuração dessa força de trabalho pode variar de acordo com o contexto e os recursos disponíveis. A infraestrutura física de muitos ambientes de cuidados de saúde pode não estar bem adaptada às necessidades ou possibilidades das pessoas idosas, e devem verificar, por exemplo: a falta de sanitários acessíveis; longas listas de espera; barreiras físicas ao acesso (por exemplo, escadas); barreiras de comunicação resultantes de falta de informação acessível às pessoas com dificuldades auditivas e/ou problemas visuais.

Devem estar disponíveis infraestruturas dos serviços de cuidados sociais, tais como suporte para os cuidadores, centros-dia e instituições de longa permanência para pessoas idosas. E, sempre que possível, devem ser utilizadas infraestruturas localmente disponíveis ou concebidas novas estratégias para prestar cuidados na ausência dessas infraestruturas, de modo a não limitar o início do serviço ou a prestação de cuidados integrados.

Os serviços devem prestar cuidados de saúde e sociais seguros e eficazes que visem a capacidades funcionais (CF) e estejam em sintonia com as necessidades, preferências e práticas culturais das pessoas idosas. Em algumas circunstâncias, serão necessários dispositivos de assistência e adaptação dos espaços e, quando apropriado e viável, os serviços devem providenciar produtos de assistência que possam responder à perda da capacidade intrínseca (CI) e, assim, manter as CF. Alguns exemplos são óculos, aparelhos auditivos e dispositivos auxiliares da mobilidade.

O nível macro dos sistemas vislumbra implementar processos para capacitação de pessoas idosas e suas famílias e cuidadores, e a sociedade civil e prestadores de serviços locais para participarem na elaboração das políticas de cuidados de saúde e sociais. Um importante componente da governança participativa é a oferta de oportunidades a todas as pessoas idosas, para partilharem os seus pontos de vista e pretensões, sem excluir qualquer nível de capacidades. Alguns exemplos de estratégias são os fóruns comunitários, por exemplo, reuniões presenciais, salas de discussão online; representação das comunidades na administração das unidades de cuidados de saúde; participação ativa da sociedade civil na elaboração de políticas e serviços pelos organismos governamentais.

As políticas, planos e quadros reguladores devem ser criados ou atualizados para apoiar a integração dos cuidados e das atividades contra o abuso de idosos em vários níveis, incluindo: o nível clínico (micro) entre as equipes de cuidados; o nível meso e macro. Um forte apoio político por parte das lideranças poderá catalisar ações integradas contra o abuso de pessoas idosas nesses níveis.

As experiências das pessoas no acesso e interação com os serviços e as medições dos resultados relatados pelos pacientes ou pessoas (PROM), bem como as medições das experiências relatadas pelos pacientes ou pessoas (PREM), constituem valiosos dados sobre a atenção dada às pessoas e à eficácia dos serviços. As PROM revelam informação acerca da percepção da própria pessoa sobre a sua saúde e podem incluir a qualidade de vida e autoeficácia. As PREM revelam a percepção das pessoas acerca da sua experiência com um serviço de cuidados de saúde, o que pode incluir a experiência das pessoas com o acesso, os tempos de espera e a capacidade de participar numa tomada de decisões partilhada.

As avaliações de capacidades ao nível do sistema, fornecem importante informação a uma região sobre lacunas na oferta de serviços, daí sua importância. Esta ferramenta pode ser abrangente, incluindo as capacidades para a elaboração de políticas, sistemas de financiamento, infraestruturas, força de trabalho e serviços locais. Já a formação de capacidades, ou seja, o apoio ao desenvolvimento de conhecimentos e competências pode-se desenvolver por oferta de oportunidades de formação regular, fomentando as aptidões baseadas em competências.

Nesse cenário, iniciativas para desenvolver conhecimentos e competências em relação a ICOPE podem ser dirigidas a todos os prestadores, fomentando o trabalho de colaboração em equipe. Ademais, é importante reconhecer que a força de trabalho pode integrar cuidadores e prestadores remunerados ou não, para que as iniciativas de formação de capacidades possam contemplar ambos os casos.

Políticas de financiamento à integração de cuidados em saúde aos idosos podem ser obtidos por financiamento conjunto ou agrupado de setores da saúde e social; incentivos para uma eficaz coordenação dos cuidados a nível dos serviços; modelos de incentivos contratuais ou reembolso conjunto, para motivar os agentes de cuidados de saúde e sociais a incorporarem novas práticas para promoção a coordenação dos cuidados; planeamento conjunto dos cuidados ou o apoio conjunto à autogestão.

Referências

CARVALHO, Islene Araújo. *Quadro de implementação da Atenção Integrada para a Pessoa Idosa para Idosos (ICOPE): orientações para sistemas e serviços [Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and services]*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020.

FREITAS, Elizabete Viana de *et.al.* *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

MANSO, Maria Elisa Gonzalez. Cuidado centrado na pessoa para indivíduos com demência. *Rev. Longeviver*, São Paulo, n. 3, p. 75-84, jul. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Global strategy and action plan on ageing and health*. Geneva: World Health Organization; 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Health workforce for ageing populations*. Geneva: World Health Organization; 2016

SADANA, Ritu. *Decade of healthy ageing: baseline report*. Geneva: World Health Organization; 2020.

Data de recebimento: 29/10/2021; Data de aceite: 18/11/2021

Ana Luiza Biscaro Almeida Barros- Graduanda de Fisioterapia do Centro Universitário São Camilo, membro da Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento (LEPE).

Érika Gabrielle- Graduanda de Medicina do Centro Universitário São Camilo, membro da Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento (LEPE). E-mail: gabriellevni@gmail.com

Julia Jacomini de Paiva- Graduanda de Medicina do Centro Universitário São Camilo, membro da Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento (LEPE). E-mail: juliajacominip@gmail.com

Vinicius de Lima Benedito- Graduando de Medicina do Centro Universitário São Camilo, membro da Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento (LEPE). E-mail: vinichimaro@gmail.com

Maria Elisa Gonzalez Manso - Doutora em Ciências Sociais, pós-doutorado e Mestrado em Gerontologia Social PUC SP. Médica e bacharel em Direito. Professora titular curso de medicina Centro Universitário São Camilo e orientadora docente Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento LEPE São Camilo. E-mail: mansomeg@hotmail.com