

RESUMO

A Atenção Primária na Saúde no Brasil é de grande importância, para a melhoria das diretrizes clínicas, tanto nas Instituições públicas e privadas. No decorrer dos anos evoluiu-se o artigo em questão, no Brasil e no exterior. Muitos países obtiveram resultados satisfatórios no processo da atenção primária, principalmente no cuidado da pessoa idosa, focando o resultado do tratamento e não somente a redução do custo assistencial. Existe uma preocupação na atenção básica na saúde do idoso. Com o aumento da expectativa de vida, e com o avanço das doenças crônicas, ocorrem o risco deste idoso reduzir a sua capacidade funcional, autonomia e independência. O modelo de linha de cuidado deve estar alinhado aos projetos de promoção à saúde, e prevenção de doenças, oferecendo um atendimento de qualidade, seguindo os protocolos clínicos, protocolos de segurança do paciente, uma equipe multidisciplinar, que é iniciada no acolhimento (porta de entrada), avaliação clínica, buscando em detalhes o perfil deste paciente, para que o mesmo seja direcionado ao tratamento que necessita, utilizando a internação hospitalar, somente, em casos de extrema necessidade. O modelo de atenção básica é acompanhado pela legislação e políticas públicas direcionadas a este perfil de paciente. A avaliação funcional realizada da forma correta, facilitará o direcionamento adequado para solução ou manutenção do quadro clínico do paciente. As políticas públicas contribuíram, para o atendimento de qualidade na saúde do idoso. O modelo assistencial deve ter o foco no cuidado, para que as doenças crônicas não evoluam, mas que o tratamento médico seja de excelência, visando sempre a qualidade na saúde assistencial, em todos os níveis de atendimento.

Palavras-chave: Capacidade; Cuidado; Qualidade

A ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE

A atenção Primária na Saúde é caracterizada como “porta de entrada”. Tem por finalidade mapear informações necessárias no atendimento inicial, para que este paciente seja direcionado ao tratamento médico adequado, seja simples ou até o mais complexo. Com uma equipe multidisciplinar é possível um manejo clínico e investigação diagnóstica mais qualificada, trazendo mais agilidade e foco no cuidado à saúde. Em uma Conferência realizada em 1978, pela OMS e Unicef em Alma-Ata, foram apresentados projetos da organização na Atenção Primária à Saúde, concentrando-se em comunidades com maiores dificuldades no tratamento na saúde.

Houve uma grande preocupação do governo inglês, com o aumento do custo assistencial, na complexidade do tratamento e da baixa solução dos problemas de saúde dos pacientes. A declaração de Alma-Ata propôs a implantação do sistema de saúde para todos os países, com investimentos na saúde, para a população sem acesso ao atendimento básico.

Os propósitos de Alma-Ata não foram alcançados conforme o planejado, porém serviu de modelo e impulsionou mudanças em reformas sanitárias em diversos países nos anos 80 e 90. Muitas empresas compreenderam a importância da APS como um novo paradigma em ações de saúde, de baixa complexidade, priorizando a população de baixa renda, com o propósito da atenuação da exclusão social. No início do século XX surgiram vários serviços direcionados às ações de saúde e saneamento básico à população com baixo poder aquisitivo.

Na década de 1940 iniciou-se alguns processos de prevenção às doenças, principalmente nas regiões mais carentes. Nos anos 70 surgiu o programa PIASS, com o propósito de chegar a população com dificuldade de acesso à saúde. Ao passar dos anos a concepção da APS foi se fortalecendo, sendo incorporados novos modelos assistenciais, diferenciado do modelo médico previdenciário.

A Atenção Primária da Saúde evoluiu a partir dos princípios do SUS, conforme à universalidade, descentralização, integralidade. O principal propósito foi a saúde individual e coletiva.

Neste artigo foi pesquisada a importância da atenção primária na saúde do idoso. A expectativa de vida tem crescido ao longo dos anos, devido à busca da qualidade de vida, saúde mental, melhoria de renda monetária e acesso ao cuidado da saúde, contribuíram para este avanço. Porém, existe a preocupação com o aumento das doenças crônicas, dificuldade do acesso ao tratamento, falta de apoio familiar e baixa renda nas comunidades carentes.

Serão necessárias medidas preventivas para orientações na promoção à saúde e prevenção de doenças crônicas, analisando o grau de complexidade para cada tipo de doença, gestão do cuidado, acolhimento ao paciente, equipe multidisciplinar, sistema operacional de ponta e equipamentos de última geração, que contribuam na evolução do tratamento.

Dentro deste cenário, é importante também, ressaltar a importância do Plano de Cuidado para os Idosos na Saúde Suplementar, em um novo modelo assistencial, para melhoria no cuidado e redução do custo assistencial na rede credenciada e própria.

A questão deste artigo acerca da Atenção Primária na Saúde do Idoso, se refere à importância dos cuidados básicos para este público alvo. Qual o melhor modelo assistencial para com os idosos, com o aumento da expectativa de vida? Segundo a ANS- Agência Nacional de Saúde Suplementar, a população idosa tem avançado em vários países, porém é importante que seja alinhado com uma qualidade de vida, para evitar as enfermidades crônicas, pois tais tratamentos diretos ou indiretos possuem custos elevados. Alguns idosos perdem autonomia e independência, devido a gravidade das doenças crônicas.

Torna-se necessário que os profissionais de saúde tenham conhecimento, acerca dessas patologias, alterações fisiológicas e perda da capacidade funcional, para que sejam criadas diretrizes clínicas adequadas para cada situação desses pacientes.

As políticas públicas foram criadas para reorganização e melhorias na prática assistencial na saúde do idoso, em busca do bem-estar, independência, etc. Os protocolos de segurança do paciente, em especial do idoso, são de suma importância no cuidado assistencial e como cidadão onde reside.

O objetivo desta pesquisa é obter maiores conhecimentos da Atenção Primária da Saúde, com foco na saúde do idoso e buscar melhorias no cuidado deste público

alvo. Vejo que algumas famílias precisam de orientação. Ou seja, para um indivíduo ou um grupo de pessoas, sejam comunidades, cidades, países necessitam de palestras educativas para se cuidarem melhor, pois não basta somente uma equipe multidisciplinar de excelência, se não houver a responsabilidade deste paciente e/ou de sua família. Também o governo tem sua participação em contribuir, contratando profissionais qualificados, fornecendo recursos e acesso à população ao tratamento adequado, conforme sua patologia clínica e a área residencial.

As informações desta pesquisa foram encontradas em sites governamentais, Instituições privadas, Universidades, que estão vinculadas ao tratamento e estudos da Atenção Primária no Brasil, que têm o compromisso na Gestão da Qualidade na saúde do idoso.

1 – A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE DO IDOSO

No Brasil a legislação considera uma pessoa idosa a partir dos 60 anos e o mesmo pode ser comprovado através de documento oficial com foto. Com o estatuto do idoso Lei nº 10.741/2003, muitos direitos foram garantidos. Neste estatuto foram regulamentados o direito à saúde, transporte gratuito, prioridades em atendimentos, direito em ter um acompanhante em caso de internação, entre outros. No artigo 15º, do capítulo IV do Estatuto do Idoso é mencionado o direito à saúde, conforme descrição abaixo:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente aos idosos (Governo do Rio de Janeiro, Estatuto do Idoso, página 11.)

Nesta seção são mencionadas as especialidades específicas, para este público, tais como geriatria e gerontologia, medicamentos gratuitos de utilização contínua, direito ao atendimento domiciliar pela perícia médica do INSS, optar pelo tipo de tratamento estando em com suas faculdades mentais favoráveis, preferência especial para os maiores de 80 anos, com exceção dos casos de emergência.

Com o aumento da expectativa de vida, têm-se elevado as doenças crônicas não transmissíveis de alguns pacientes, quando estes não tiveram o estilo de vida adequado, para que ao chegarem nesta fase idosa não tivessem que enfrentar tantos problemas. Para que esta longevidade seja tranquila são necessárias abordagens educativas de saúde, tais como propagandas de televisão, palestras gratuitas à população, panfletos, redes sociais, e também a educação corporativa, para que todos os profissionais comprometidos com o sistema, estejam capacitados, habilitados para tratar, cuidar e orientar estes pacientes.

O tratamento adequado na Saúde Suplementar seja público ou privado, requer modelos assistenciais eficazes, que envolvam todos os atores principais deste cenário: paciente, operadora, prestadores de serviços e órgãos governamentais.

1 - 1 MODELO ASSISTENCIAL COM FOCO NO CUIDADO À SAÚDE

No modelo assistencial das organizações as ações são importantes para a intervenção no processo saúde/doença, em especial os recursos físicos, tecnológicos de acordo com os problemas existentes do modo coletivo. Os modelos de promoção `saúde e prevenção de doenças podem ser desenvolvidos, conforme a situação de cada indivíduo, independente da demanda apresentada.

Na saúde suplementar em alguns casos, há uma grande concentração em várias especialidades médicas, exames diagnósticos, terapias, casos de internações e cirurgias, que em determinadas situações não trazem resultados favoráveis ao paciente. Os problemas de saúde tem sido um grande desafio para os sistemas de saúde. Muitos casos de doenças crônicas estão relacionadas ao estilo de vida, tais como tabagismo, comportamento sexual, inatividade física, dieta inadequada e consumo de álcool. Os tratamentos são complexos e de longo prazo.

O envelhecimento da população deve ser acompanhado, devido às perdas e limitações, que podem se transformar em incapacidade funcional, onde faz-se necessária a análise dos níveis de complexidade para este tratamento. A proposta do plano de cuidado da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, foi de garantir através do Rol de Procedimentos (Cobertura mínima obrigatória para as Operadoras de Planos de Saúde) os procedimentos que, se consideram indispensáveis ao tratamento e diagnóstico de todas as doenças relacionadas pela OMS Organização Mundial de Saúde.

Neste Rol foram incluídas tecnologias de ponta, com excelência nos resultados clínicos e muitos procedimentos obsoletos foram excluídos. Com base na medicina baseada em evidência, houve a importância da revisão periódica e a criação de diretrizes clínicas de utilização, para a realização de determinados procedimentos. Arelado a estas informações foram incorporados os cuidados multidisciplinares, tais como psicologia, nutrição, medicina do trabalho, etc. A ANS propôs às operadoras um plano de cuidado, que observasse a capacidade funcional com a utilização da promoprev, envolvendo a DUT - Diretrizes de Utilização do Rol e a rede prestadora, onde o beneficiário terá o tratamento apropriado de acordo com sua patologia.

Neste modelo de assistência à saúde do idoso, procura-se a recuperação e preservação da capacidade funcional, com a finalidade do acompanhamento médico em todos os níveis de complexidade, tanto dos idosos saudáveis, como dependentes e fragilizados. Viu-se a necessidade da criação de categorias diferenciadas do risco assistencial, para a visualização dos maiores riscos e a intervenção imediata. A avaliação funcional é importante para um diagnóstico clínico adequado, obtendo resultado satisfatório no tratamento. A redução da capacidade funcional pode ocorrer na evolução da patologia, por má administração e sequelas, falta de assistência, seja médica, familiar ou social.

As ações realizadas da promoção de saúde, assistência e capacitação em saúde tem o propósito de aprimorar a capacidade funcional do idoso. A finalidade é melhorar a qualidade de vida e que mesmo convivendo com algumas doenças crônicas, este idoso não perca a liberdade de suas atividades diárias e de decisões a serem tomadas em sua vida.

São consideradas situações de risco os seguintes casos: (a) os idosos de 80 anos ou mais; (b) os idosos com mais de 60 anos apresentando uma ou mais das seguintes características: polipatologias (≥ 3 diagnóstico), polifarmácia (≥ 5 drogas/dia), imobilidade parcial ou total, incontinência urinária ou fecal, instabilidade postural (quedas de repetição), ou incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, delirium). Também são situações de risco os idosos com história de internações frequentes e/ou pós alta hospitalar, os idosos dependentes nas atividades básicas de vida diária básica (ABVDs), ou aqueles sem suporte familiar e sem situação de vulnerabilidade social, tanto nas famílias como institucionalizados. (ANS, 2016, p.44)

A identificação de riscos para idosos deve ser uma atividade constante no modelo de atenção primária, para um direcionamento na especialidade, que atenda a sua patologia. Ao identificar o risco da fragilidade é que se define o grau de atenção deste idoso. Toda instância de cuidado voltada para o idoso deve ser sinalizada em nível hierarquizado, conforme grau da necessidade e complexidade das ações. Entretanto, na atenção básica é que será definido o grau de atenção que o idoso necessita. O processo lógico de um constante acompanhamento da saúde deste idoso, visa o reconhecimento e controle dos agravos, e sempre observando, modificando os níveis, a intensidade e o cenário das ações.

A saúde não deve ser tratada somente, quando existirem problemas graves, ou risco de morte, mas sim cuidados básicos em todas as faixas etárias, para que ao chegarem a idade idosa, que seja tranquila e com poucas internações, exames de alta

complexidade, que afetem tanto a saúde física e emocional deste idoso e de todos que fizerem parte de sua convivência.

As estratégias para o estabelecimento do percurso assistencial são linhas de cuidado utilizadas, com o propósito da organização dos processos de atendimento, de acordo com suas necessidades. Veja abaixo a definição de linha de cuidado pelo Ministério da Saúde:

Modelos de atenção matriciais que integram ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica, como também, uma visão global das ações da vida. (Brasil, 2008). (ANS, 2016, p.45)

Entende-se por gestão de linhas de cuidado as tecnologias ou processos, que serão utilizados durante o método de atenção à saúde; sua inclusão em várias etapas do processo de desenvolvimento da saúde; promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação; diversos níveis hierárquicos de operação, funções articuladas e monitoramento dos produtos programados. De acordo com suas especificidades seguem as ações necessárias para cada linha de cuidado:

Exames Profissionais: avaliação nutricional e alimentação saudável; Gestão/Organização e Hierarquização da rede: prevenção de quedas e avaliação da mobilidade; Avaliação cognitiva do sono, do humor, da comunicação: estímulo à atividade física; Monitoramento de uso de medicamento: avaliação odontológica. (ANS, 2016, p.48)

Existem outros temas da linha de cuidado, que devem ser tratados de maneira diferente que são: acompanhamento do uso de medicação, avaliação cognitiva, manutenção das funções cognitivas, prevenção, análise e redução do risco de quedas, avaliação do risco nutricional e da saúde bucal. Mesmo com doença crônica e em tratamento, deve-se investir em um idoso saudável, ou seja, grande parte dos idosos em nossa sociedade, e que hajam programas disponíveis acessíveis ao público destinado. Identificar as patologias crônicas, que impedem os idosos de exercerem suas atividades rotineiras de forma livre e autônoma é muito importante. A falta ou redução da capacidade funcional do idoso, em alguma situação, o tornará dependente de um nível mais complexo na assistência.

O grande desafio dos programas de promoção e prevenção nos dias atuais é o plano de cuidado e o caminho a ser percorrido pelo paciente. Na construção do plano de cuidados são essenciais as diretrizes e os protocolos clínicos. Eles direcionam as boas práticas pautados nas melhores evidências, adequando-se a cada situação clínica.

Com o aumento da expectativa de vida é primordial o conceito de qualidade de vida e a saúde bucal, que possui um grande papel acerca deste assunto.

A Organização Mundial da saúde, no documento publicado em 2005, intitulado “Oral Health in Ageing Societies” salientam que a saúde oral é essencial e integral para a saúde geral, sendo fator determinante para a qualidade de vida – ou seja, saúde oral e saúde geral estão fortemente associadas. (ANS, 2016, P.50)

As doenças orais são elevadas em pacientes idosos e essas estão associadas às doenças crônicas, por isso campanhas educativas para a saúde geral, saúde bucal e a qualidade de vida são fundamentais na atenção básica da saúde. A avaliação adequada no atendimento permite verificar a influência da saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos, não somente relacionadas às consequências físicas, mas também as sociais e psicológicas. “Dessa forma, a utilização de um índice de auto-percepção de saúde bucal como o GOHAI, associado à avaliação clínica, produz uma abordagem mais ampla das necessidades (Vargas et al., 2011)”.

Outro aspecto fundamental para a lógica do plano de cuidado é a hierarquização da rede, pois une ao menos dois elementos fundamentais para o cuidado: a alternativa de diminuição de iatrogenias e a centralização do cuidado, gerando a organização. Na obra clássica de Leavell e Clark em 1958, da *Medicina Preventiva*, apresentam-se com uma organização a atenção à saúde estruturada em três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária – ou seja, assistências básica, especializada e de reabilitação. Conforme a visão de Leavell e Clark, não era adequada para as doenças de longo período, como as crônicas não transmissíveis, pois sua prevenção envolve medidas direcionadas ao indivíduo e a família, ambiente de convívio e estilo de vida na sociedade. O modelo de Leavell e Clark focaram a importância da prevenção e da reabilitação.

Houve uma proposta de organização de sete níveis da atenção à saúde. Sobre o modelo de assistência à saúde do idoso, existem alguns fluxos importantes para este processo, tais como ações de educação, prevenção de doenças evitáveis, promoção da saúde, postergação de moléstia, etc. Tais ações ocorrem de forma simultânea, pois o paciente idoso requer uma rede de atendimento com qualidade e eficiência.

A subdivisão dos sete níveis hierárquicos: 1) Porta de entrada: momento da identificação do idoso, registro do prontuário; 2) Centro de convivência: orientação para uma nutrição adequada, palestras, informações sobre hábitos saudáveis, vacinas e

avaliação geriátrica; 3) Ambulatório: atendimentos básico e complexo com médico especialista; 4) Assistência domiciliar: centro dia, hospital-dia; 5) Hospital de curta permanência: doenças crônicas; 6) Instituição de longa permanência: casa de repouso; 7) Hospice ou cuidados paliativos na fase terminal.

1 – 2 SISTEMA DE CUIDADO NA SAÚDE DO IDOSO

As condições crônicas no Brasil em grande parte, tem sido um grande peso de doenças e transtornos neuropsiquiátricos. As despesas relativas às doenças crônicas tem crescido em toda parte do mundo, pois aumentaram as despesas médicas, tanto da saúde pública, como da privada. Nesta lista de doenças estão as cardiovasculares, a asma, a diabetes, doenças crônico-degenerativas e doenças pulmonar obstrutiva crônica. Algumas destas doenças não tem cura, porém podem ser prevenidas ou controladas, por meio da identificação inicial do tratamento, orientação nutricional, hábitos saudáveis, atividade física e acesso fácil e rápido aos locais de tratamento.

Quando as doenças crônicas não são tratadas de forma eficiente no atendimento básico, as idas e vindas do paciente às emergências e internações tornam-se constantes, e gera um alto custo operacional, administrativo, ou seja, em toda à assistência. Uma doença crônica não tratada, pode desenvolver outras doenças na saúde deste idoso. Escolhas de estilo de vida, sedentarismo, comportamento sexual, tabagismo e alcoolismo influenciam na manifestação destas doenças.

O aumento da qualidade de vida, o avanço tecnológico, a aceleração do processo de inovação, impactaram na evolução da saúde suplementar, principalmente nos diagnósticos clínicos, procedimentos de alta complexidade, medicações, entre outros, contribuíram fortemente para o aumento da expectativa de vida.

Com o aumento do número de idosos ao longo dos anos, crescerá também, a quantidade de idosos fragilizados, mesmo com o avanço da prevenção de doenças e melhores práticas assistenciais. A mudança do perfil familiar e os valores sociais, atingem no que diz respeito ao apoio a estes idosos. A estimativa para o ano de 2040 é que seja cinco vezes maior o número de idosos sendo cuidados por não-familiares e a redução da diferença de expectativa de vida entre o homem e a mulher, o consumo de

álcool, o tabagismo e o estresse no trabalho, tem crescido entre as mulheres. Políticas sociais e de saúde com foco nos idosos, devem ser consideradas a promoção da saúde e a manutenção da capacidade funcional, para que haja bons resultados no tratamento.

Dentro dos fatores de risco associado aos problemas de saúde é a própria idade e o crescimento das doenças crônicas, que se manifestam na velhice com frequência. É importante o acompanhamento dos danos causados à saúde do idoso, para manter a capacidade funcional por um longo período de tempo. Existem algumas consultas fracionadas na prestação de serviços na saúde suplementar, provocando uma sobrecarga e um grande embate financeiro, que na maioria das vezes não contribui com a qualidade de vida e na evolução do tratamento médico. Os serviços devem ser ofertados em caráter preventivo, fora do ambiente hospitalar, na medida do possível, pois existem situações que somente com uma internação para amenizar o quadro da saúde do idoso.

Mesmo com a chegada do envelhecimento sem doenças crônicas, na vida de um cidadão, existe a perda da capacidade funcional, que se identifica com a diminuição do vigor, prontidão, velocidade de reação sistêmica, etc. Um bom atendimento à saúde é ligado à confiabilidade do paciente e do profissional de saúde. Este acolhimento deve ser gerenciado em todo o processo de atendimento deste usuário, durante o seu tratamento no sistema de saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar (2016, p.14) define o Paradigma da Fragilidade como “Síndrome geriátrica de múltiplas causas, caracterizada por perda de força e resistência e diminuição da função fisiológica, as quais aumentam a vulnerabilidade individual para desenvolver dependência ou morte”.

No setor da saúde muitas ferramentas são utilizadas, para mapeamento da fragilidade e perda da capacidade funcional, com o propósito de direcionar ao setor geriátrico, evitando internações repetidas, desenvolvendo a qualidade de vida e em determinados casos, evitando precocemente a morte. O objetivo do programa era treinar os profissionais de saúde, para conduzi-los em atividades comunitárias de cuidado (agentes de saúde) e observar os pacientes idosos mais frágeis. O programa foi aprovado e tornou-se uma política pública, através da Secretaria de Saúde. Aumentou-se o número de profissionais de saúde e cuidadores de idosos, satisfazendo as demandas sociais de saúde.

O Ministério da Saúde lançou em 2011 o Plano de Ações Estratégicas para o Enfretamento das DCNT no Brasil 2011-2022, projetando três principais eixos que são a vigilância, informação e monitoramento e cuidado integral. No âmbito da saúde suplementar, a Agência Nacional de Saúde, tem elaborado estratégias que são direcionadas ao modelo de atenção à saúde, estimulando a qualidade na prestação de serviços médicos das Operadoras de Plano de Saúde.

Alguns entendem que um atendimento de emergência hospitalar, ou até mesmo uma internação possa servir como porta de entrada, para soluções ou amenizar os casos de doenças crônicas, porém com a questão da fragilidade da pessoa idosa, a torna vulnerável a outros tipos de doenças, que podem ocorrer na sua faixa etária.

Há uma preocupação em termos mais qualidade no cuidado da pessoa idosa. Em vários países tem-se debatido e propondo melhorias em seus sistemas de saúde. Conforme informações abaixo:

a) Na Alemanha, por exemplo, onde o sistema de proteção social é caracterizado como seguro social, a cobertura por um seguro saúde é obrigatória, seja por fundos públicos (90%) ou por seguros privados. Nesse sistema existe uma organização centralizada e hierarquizada de cuidado, criado em 1994, que excluiu os gastos com tratamento de longa duração do sistema de saúde; b) No Canadá, o sistema de saúde é predominantemente financiado pelo governo (seguro social) e a prestação de serviços é privada. Tem cobertura ampla e universal, sendo regulamentada pelo Canada Health Act. No que diz respeito à saúde dos idosos, destacam-se as políticas do Home & Continuing Care; c). Na Espanha, o SNS – Sistema Nacional Espanhol se organiza em dois níveis assistenciais: atenção primária e especializada, com acesso livre e imediato dos cidadãos no primeiro nível; d) A Inglaterra conta com o NHS – National Health Service, que tem como figura central de organização o modelo dos GP – General Practitioners. (ANS, 2016, p. 39)

Dos países mencionados anteriormente, eles têm como foco a atenção primária e a continuidade do tratamento, de onde surgem os melhores resultados em saúde. Nos EUA a ACO – Accountable Care Organizations surgiu como forma de organização do modelo da América, com o propósito de aumentar a qualidade e reduzir custos, através de prevenção, redução de exames, diagnóstico precoce, idas às emergências, taxas de infecção, enfim, com o modelo de cuidado primário eficaz. Seguem abaixo os níveis de cuidados considerados pela ACO:

1) Nível 1 ACO: grupo de profissionais de cuidado primário funcionando juntos, sobre um mecanismo organizacional, e focando na prevenção e melhoria da atenção às condições sensíveis ao cuidado ambulatorial; 2) Nível 2 ACO: grupo de profissionais de cuidado primário + especialistas de utilização mais frequentes, trabalhando juntos sobre um mecanismo organizacional, e focando na prevenção e melhoria da atenção às condições sensíveis ao cuidado ambulatorial; 3) Nível 3 ACO: grupo de profissionais de cuidado primário + especialistas + hospitais; 4) Nível 3.1 ACO: grupo de profissionais de cuidado

primário + especialistas + hospitais + operadoras de planos de saúde; 5) Nível 4 ACO: provedores de saúde + agências de saúde pública + organizações sociais. (ANS, 2016, p. 40)

O plano de cuidado na saúde do idoso segundo à ANS, é composto pelo conceito de linha de cuidado, plano terapêutico, a avaliação desde à porta de entrada, análise do estado/risco funcional e elaboração do melhor tratamento a ser seguido. Nesse caminho são necessários o programa de promoção e prevenção de riscos e doenças e hierarquização da rede. Segundo o modelo de cuidado da UnATI/UERJ, são projetados da seguinte forma:

a) Nível 1: Acolhimento; b) Nível 2: Centro Sócio Sanitário, ambulatório Clínico e Centro Dia; c) Nível 3: ambulatório Geriátrico e Atenção Domiciliar e Reabilitação; d) Nível 4: Curta Duração: Atenção Domiciliar 3, Emergência e Internação de Casos Agudos, Hospital Dia e Hospice; e) Nível 5 Longa Duração: Unidade de Reabilitação, Residência Assistida e Instituição de Longa Permanência de Idosos (ILPI). (ANS, 2016, p. 46).

Dos cinco níveis mencionados anteriormente, os três primeiros são fundamentais para a identificação precoce do risco e a redução do impacto das doenças crônicas, criando a oportunidade de acompanhar a saúde e não a doença do paciente, dando a possibilidade do idoso usufruir mais tempo de sua vida. É de suma importância que cada Instituição de saúde conheça a população na região em que atua, avaliando o seu perfil e as principais necessidades, projetando a sua prestação de serviços com excelência.

2 - POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE DO IDOSO

As políticas públicas surgiram com determinações de promoções à saúde, prevenção de doenças, novos paradigmas de programas para os órgãos e entidades do Ministério da Saúde em prol da população idosa. Portaria de nº 2.528, de 19/10/2006, elaborada no propósito de manter e promover os cuidados do idoso de forma independente em conformidade com os princípios e diretrizes do sistema do Sistema Único de Saúde, com foco em todo o cidadão, principalmente aos idosos com 60 anos ou mais, considerando os aspectos relacionados abaixo:

O contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro; os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde; o conhecimento atual da ciência; o conceito da saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença

orgânica; a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde; o compromisso brasileiro com a Assembleia Mundial para o Envelhecimento de 2002, cujo Plano de Madri fundamenta-se em: a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; b) fomento à saúde e bem-estar na velhice, promoção do envelhecimento saudável; e c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento; e escassez de recursos socioeducativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso. (MS, 14/12/2019)

A saúde da pessoa idosa não se resume apenas, em tratar das doenças crônicas não transmissíveis, mas no desenvolvimento da saúde mental, a saúde física, a capacidade funcional, a liberdade financeira e o suporte social. Com o aumento da população idosa, os serviços prestados tendem a crescer, seja para determinado informação de um grupo etário, quer pelo aumento do perfil deste público. A grande parte de consumidores de serviços e assistência na saúde são os idosos. Estes apresentam um grande peso de doenças crônicas, incapacitantes e maior risco de vulnerabilidade. A dependência caracteriza-se como incapacidade de realizar uma atividade específica por causa de um problema de saúde. A existência da incapacidade funcional, determinará a necessidade de um cuidador. Alguns envelhecem por poucos recursos, falta de cuidados específicos de promoção e prevenção em saúde. Destes se enquadram os idosos analfabetos, sequelas de acidentes e renda familiar abaixo da linha de pobreza. As limitações físicas, a incapacidade funcional, entre outras, não são consequências inevitáveis do envelhecimento. Com o avanço da idade, aumenta-se também a incapacidade. Portanto, o ideal é envelhecer com saúde, mantendo autonomia, capacidade funcional. Um envelhecimento com sucesso, entende-se a partir de três aspectos: a) redução de ocorrências de doenças; b) alta performance física e mental; c) engajamento social ativo com a vida. O propósito da OMS Organização Mundial da Saúde tem o objetivo em que os idosos tenham aumento de vida saudável, com redução de doenças e acesso aos serviços preventivos de saúde. O desenvolvimento e valorização do atendimento acolhedor e resolutivo a pessoa idosa, baseia-se em critérios de riscos. As famílias e os indivíduos devem preparar-se para o envelhecimento, procurando ter uma vida saudável em todas as fases da vida.

3 - SEGURANÇA BÁSICA DO PACIENTE IDOSO

A segurança do paciente é fundamental, para que este tenha um tratamento adequado e evite transtornos em sua recuperação. O Programa Nacional de Segurança do Paciente PNSP, foi criado para o desenvolvimento da qualidade em Saúde em toda as Instituições de saúde no Brasil. A segurança do paciente tem elevada importância para os administradores, profissionais de saúde, pacientes e seus familiares.

Algumas medidas são muito importantes na orientação do núcleo de segurança do paciente, tais como a definição dos profissionais responsáveis, que farão a análise do risco e irão programar os processos de caráter preventivo, para os pacientes que se enquadrarem no perfil. Devem-se estabelecer e executar as medidas específicas para a prevenção de queda do paciente idoso. Seguem os fatores de risco para quedas em pacientes adultos hospitalizados: Idade, histórico de queda, necessidade fisiológica e higiene pessoal, medicamentos, uso de equipamentos/dispositivos, mobilidade/equilíbrio, cognitivo, condições especiais (hipoglicemia, hipotensão postural, cardiopatias descompensadas, entre outras). O planejamento de ações para prevenção de acidentes é importante tanto no domicílio, como nas vias públicas, onde trafega este idoso. Serviços preventivos, como a vacinação para a população idosa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito da Humanização na saúde e a integração da atenção primária, contribui em grandes proporções de melhoria e qualidade na assistência para todos os perfis de pacientes, em especial na Saúde do Idoso, que é o foco desta pesquisa. Um modelo de assistência comprometido com a saúde do idoso, requer excelência no atendimento, uma equipe multidisciplinar especializada, equipamentos modernos que garantam resultados rápidos e com ética médica, que o Governo, as Instituições envolvidas, pacientes e familiares dos pacientes cumpram o seu papel, para que a longevidade da população idosa, não seja com aumento de doenças crônicas, mas que haja mais qualidade de vida, foco no tratamento e que esta população idosa tenham respostas positivas, na gestão do Cuidado da Saúde.

Referências Bibliográficas:

Referências

- al, M. O. (2016). *Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde na sociedade e para a sustentabilidade do setor*. Rio de Janeiro: ANS.
- Cruz, F. O. (13 de dezembro de 2019). <https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>.
- Ferreira, S. R. (2017). *Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Fiocruz. (13 de dezembro de 2019). <https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>. Acesso em 13 de dezembro de 2019, disponível em <https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>: <https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>
- Fiocruz. (22 de outubro de 2019). www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbete/ateprisau.html. Acesso em 22 de 10 de 2019, disponível em www.sites.epsjv.fiocruz.br.
- <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-seguranca-do-paciente-pnsp/protocolos-basicos-de-seguranca-do-paciente>. (03 de novembro de 2019). Acesso em 03 de novembro de 2019, disponível em www.saude.gov.br.
- Ministério da Saúde. (2016). *Plano de Cuidado Para Idosos na Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: GCOMS.
- Planalto. (15 de março de 2020). http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm.
- Saúde, M. d. (2003). *Estatuto do Idoso*. Brasília: MS.
- Saúde, M. d. (19 de outubro de 2006). http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em 14 de dezembro de 2019
- Saúde, M. d. (03 de novembro de 2019). saude.gov.br/atencao-primaria. Acesso em 03 de novembro de 2019, disponível em www.saude.gov.br.