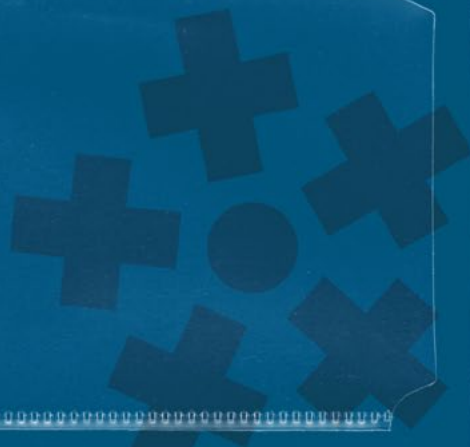


CUIDADO CENTRADO NA PESSOA IDOSA: MANEJO DA MULTIMORBIDADE E DA FRAGILIDADE



CUIDADO CENTRADO
NA PESSOA IDOSA:
MANEJO DA
MULTIMORBIDADE E DA
FRAGILIDADE

48

CONASS documenta

Brasília, 2025 | 1ª edição



© 2025 – 1.^a edição - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citadas a fonte e a autoria.

CONASS DOCUMENTA n. 48

Brasília, março de 2025.



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Setor Comercial Sul, Quadra 9, Torre C, Sala 1105

Edifício Parque Cidade Corporate

CEP: 70.308-200

Brasília/DF – Brasil

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

M827c Moraes, Edgar Nunes de.
Cuidado centrado na pessoa idosa [livro eletrônico] : manejo da multimorbidade e da fragilidade / Edgar Nunes de Moraes, Priscila R. Rabelo Lopes. – Brasília, DF: CONASS, 2025. – (Conass Documenta; v. 49)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-88631-39-3

1. Idosos – Cuidado e tratamento. 2. Gerontologia. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Lopes, Priscila R. Rabelo. II. Título.

CDD 362.6

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

AC	Pedro Pascoal Duarte Pinheiro Zambon	PB	Arimatheus Silva Reis
AL	Gustavo Pontes de Miranda	PE	Zilda do Rego Cavalcante
AM	Nayara de Oliveira Maksoud Moraes	PI	Antonio Luiz Soares Santos
AP	Nair Mota Dias	PR	Carlos Alberto Gebrim Preto
BA	Roberta Silva de C. Santana	RJ	Claudia Mello
CE	Tânia Mara Coelho	RN	Alexandre Motta Câmara
DF	Juracy Cavalcante Lacerda Júnior	RO	Jefferson Ribeiro da Rocha
ES	Tyago Hoffmann	RR	Adilma Rosa de Castro Lucena
GO	Rasível dos Reis Santos Junior	RS	Arita Gilda Hübner Bergmann
MA	Tiago José Mendes Fernandes	SC	Diogo Demarchi Silva
MG	Fábio Baccheretti Vitor	SE	Cláudio Mitidieri
MS	Maurício Simões Correia	SP	Eleuses Paiva
MT	Gilberto Figueiredo	TO	Carlos Felinto Júnior
PA	Ivete Gadelha Vaz		

DIRETORIA DO CONASS

PRESIDENTE

Fábio Baccheretti Vitor (MG)

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste

Lucilene Maria Florêncio de Queiroz (DF)

Região Nordeste

Tânia Mara Silva Coelho (CE)

Região Norte

Cecília Lorenzon (RR)

Região Sudeste

Claudia Mello (RJ)

Região Sul

Diogo Demarchi Silva (SC)

EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso Silva

ASSESSORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Fernando P. Cupertino de Barros

ASSESSORIA JURÍDICA

Mônica Lima

ASSESSORIA PARLAMENTAR

Leonardo Moura Vilela

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Bruno Idelfonso

Luiza Tiné

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

Antonio Carlos Rosa de Oliveira Junior

COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

René José Moreira dos Santos

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Fernando P. Cupertino de Barros

ASSESSORIA TÉCNICA

Carla Ulhoa André

Felipe Ferré

Fernando Campos Avendanho

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

Heber Dobis Bernarde

João Henrique Vogado Abrahão

Juliane Alves

Luciana Toledo Lopes

Luciana Vieira Tavernard de Oliveira

Maria Cecília Martins Brito

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Sandro Terabe

Tereza Cristina Amaral

CONSELHO EDITORIAL

Fernando P. Cupertino de Barros

Jurandi Frutuoso Silva

Marcus Carvalho

René José Moreira dos Santos

ORGANIZAÇÃO DO LIVRO

AUTORES

Edgar Nunes de Moraes

Priscila R. Rabelo Lopes

REVISÃO TÉCNICA

Maria José Evangelista

EDIÇÃO

Marcus Vinícius de Carvalho

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Aurora Verso e Prosa

PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda

Thales Amorim

EDIÇÃO E DIAGRAMAÇÃO

ALM Apoio à Cultura

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
IMPORTÂNCIA	15
MODELO MULTIDIMENSIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA	21
VITALIDADE	27
FRAGILIDADE	31
MULTIMORBIDADE	39
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL	51
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	57
AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA	67
PLANO DE CUIDADOS PERSONALIZADO	71
MACROGESTÃO DA SAÚDE	77
PROGRAMA DE NAVEGAÇÃO	87
REFERÊNCIAS	99

LISTA DE SIGLAS

AAVD	Atividades Avançadas de Vida Diária
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AGA	Avaliação Geriátrica Ampla
AIT	Ataque Isquêmico Transitório
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
CHA	Cambridge Healthcare Alliance
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EANN	Escala de Avaliação de Necessidade de Navegação
IMC	Índice de Massa Corporal
IVCF-20	Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional – 20
PCP	Plano de Cuidados Personalizado
PN	Programa de Navegação
RAM	Reações Adversas a Medicamentos

APRESENTAÇÃO

O envelhecimento da população brasileira é um dos grandes desafios contemporâneos para a gestão da saúde pública. O aumento da expectativa de vida traz consigo a necessidade de um modelo de cuidado que compreenda as especificidades da pessoa idosa, promovendo uma assistência integral, resolutiva e humanizada. Neste contexto, a multimorbidade e a fragilidade emergem como questões centrais, demandando abordagens inovadoras e estratégias que garantam a qualidade de vida e a autonomia dos indivíduos.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), ciente da complexidade envolvida no cuidado à pessoa idosa, apresenta este volume da série Conass Documenta, com o objetivo de sistematizar conhecimentos e experiências que contribuam para o aprimoramento da atenção à saúde desse público. Esta publicação reflete o compromisso do Conass com a disseminação de boas práticas e com a construção de políticas que fortaleçam o Sistema Único de Saúde (SUS), proporcionando respostas efetivas e baseadas em evidências.

A obra aborda um modelo multidimensional de atenção à saúde da pessoa idosa, destacando conceitos fundamentais como vitalidade, fragilidade, multimorbidade, estratificação de risco e avaliação geriátrica ampla. Além disso, apresenta ferramentas para a implementação de planos de cuidado personalizado e estratégias de macrogestão, buscando otimizar os serviços oferecidos pelo SUS.

A proposta desta publicação surgiu a partir dos debates e contribuições da Planificação da Atenção à Saúde, na qual especialistas, gestores e profissionais de saúde compartilharam desafios, experiências e soluções voltadas ao fortalecimento do tema. Esperamos que este material auxilie as Secretarias Estaduais de Saúde na qualificação de

suas ações, ampliando a capacidade de resposta dos serviços de saúde e promovendo o bem-estar da população idosa.

Boa leitura!

Fábio Baccheretti Vitor

Presidente do Conass

IMPORTÂNCIA

O rápido envelhecimento da população brasileira é a consequência direta da redução da taxa de natalidade e do aumento significativo da longevidade, que representa a maior conquista da humanidade. Envelhecer é um fenômeno natural, mas está associado a demandas de saúde que exigem um remodelamento profundo na gestão da saúde individual das pessoas idosas (microgestão) e no modelo de atenção à saúde (macrogestão), devido a maior carga de doenças crônico-degenerativas, multimorbidades, fragilidade e incapacidades funcionais. A resposta do sistema de saúde às novas demandas associadas ao envelhecimento populacional torna indispensável a utilização de um conjunto de tecnologias de gestão capazes de assegurar padrões ótimos de assistência à saúde, de forma resolutiva, eficiente, estruturada com base em evidências científicas, segura para o paciente e para os profissionais da saúde, oportuna, equitativa e ofertada de forma humanizada. Nesse contexto, o modelo assistencial predominante é caracterizado por baixa resolutividade e eficiência, atenção fragmentada, baixa vinculação médico-paciente, superespecialização do cuidado e alta utilização assistencial – e, consequentemente, alta sinistralidade e baixo valor em saúde (Mendes, 2019). Além disso, o enfoque da formação dos médicos ainda é direcionado para os cuidados preventivos (prevenção primária e secundária), condições agudas, traumas e gerenciamento de doenças crônicas, mas de forma isolada (monopatologia). Segundo Hébert (2015, p. 3618):

[...] o sistema de saúde centrado em hospitais, dos séculos XIX e XX, criado para lidar com as doenças agudas e, principalmente, com as infecciosas, é inadequado para a resposta às necessidades de tratamento continuado, por prazo extenso, dos doentes crônicos.

O Cuidado Centrado na Pessoa busca resgatar a importância do trabalho interdisciplinar e o engajamento do paciente na tomada de decisões, que devem ser compartilhadas, tendo como objetivos a melhoria da qualidade de

vida e os desejos, preferências, valores, expectativas, cultura, possibilidade e limitações do paciente. Nesse modelo, o “diagnóstico” dos valores do paciente é tão importante quanto o diagnóstico das doenças (The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care, 2016). O cuidado centrado na doença é, eminentemente, prescritivo e, portanto, incapaz de responder de forma adequada às novas demandas associadas ao envelhecimento, como a fragilidade e a multimorbidade, que ainda são temáticas desconhecidas pela maioria dos profissionais de saúde. Evidências mostram que a atenção à saúde das pessoas idosas, feita com qualidade, resolutividade e custo-eficácia, deve ser associada a quatro condições essenciais que superam o simples diagnóstico e tratamento das doenças individuais (Moraes, 2012; Rowe; Fulmer; Fried, 2016; Wagner, 1998; Wagner et al., 2012):

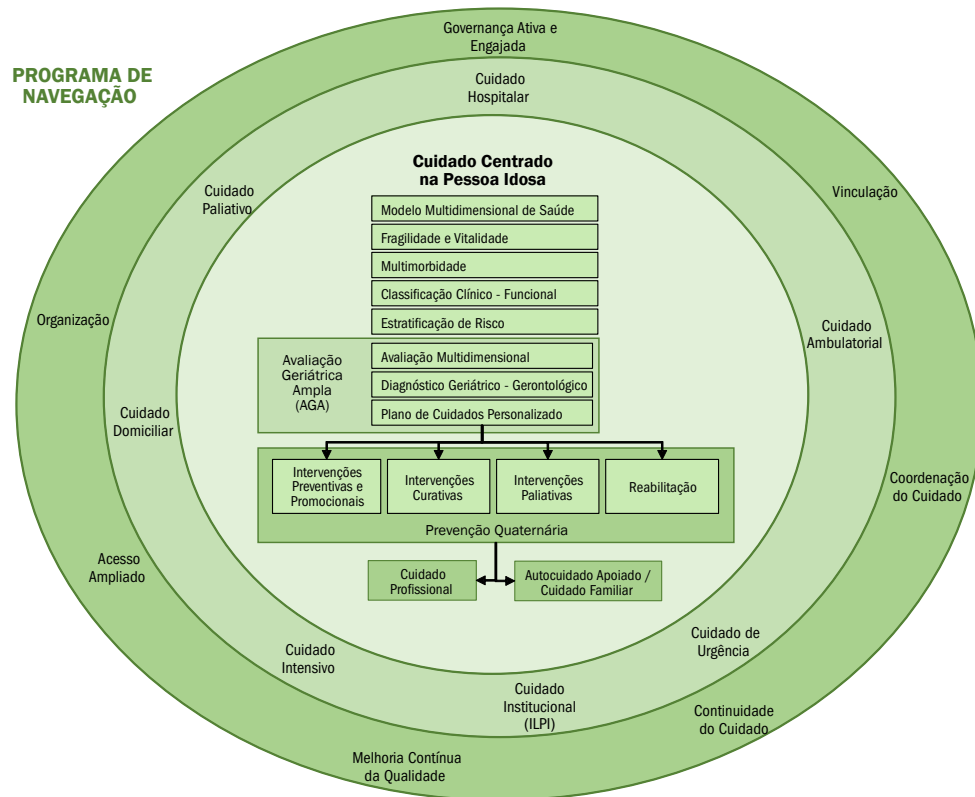
- **Avaliação multidimensional** ou abrangente, capaz de reconhecer todas as demandas biopsicossociais do paciente, seus valores, crenças, sentimentos, preferências e limitações para o cuidado (Diagnóstico Geriátrico-Gerontológico);
- Elaboração, implementação e monitoramento do **Plano de Cuidados Personalizado (PCP)**, composto de todas as intervenções preventivas, curativas, paliativas e reabilitadoras, definidas de forma compartilhada;
- **Comunicação e coordenação** com todos os profissionais e serviços necessários para implementação do plano de cuidados (linha do cuidado ou macrogestão da clínica), com ênfase no cuidado transicional (Programa de Navegação – PN);
- Promoção do **engajamento ativo do paciente e sua família** no cuidado com sua saúde.

O envelhecimento está associado a profundas mudanças nas demandas de saúde, que devem ser reconhecidas e manejadas de forma adequada. Nesse sentido, os profissionais de saúde e os gestores precisam ter conhecimento profundo das particularidades da saúde das pessoas idosas, como o modelo multidimensional de saúde da pessoa idosa, vitalidade, fragilidade, multimorbidade, estratificação de risco e Avaliação Geriátrica Ampla – AGA (avaliação multidimensional, diagnóstico geriátrico-gerontológico e PCP).

Além dos aspectos individuais (microgestão), o modelo deve estar fortemente ancorado no modelo de atenção às condições crônicas de saúde, que tem como premissas o paradigma do Triplo Objetivo (Institute of Health Improvement) e os princípios adotados pela Cambridge Healthcare Alliance

(CHA), tendo como “pano de fundo” um PN capaz de minimizar as barreiras de acesso a todas as tecnologias do cuidado (macrogestão) (Figura 1).

FIGURA 1 – Cuidado Centrado na Pessoa Idosa



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA

MODELO
MULTIDIMENSIONAL
DE SAÚDE DA
PESSOA IDOSA

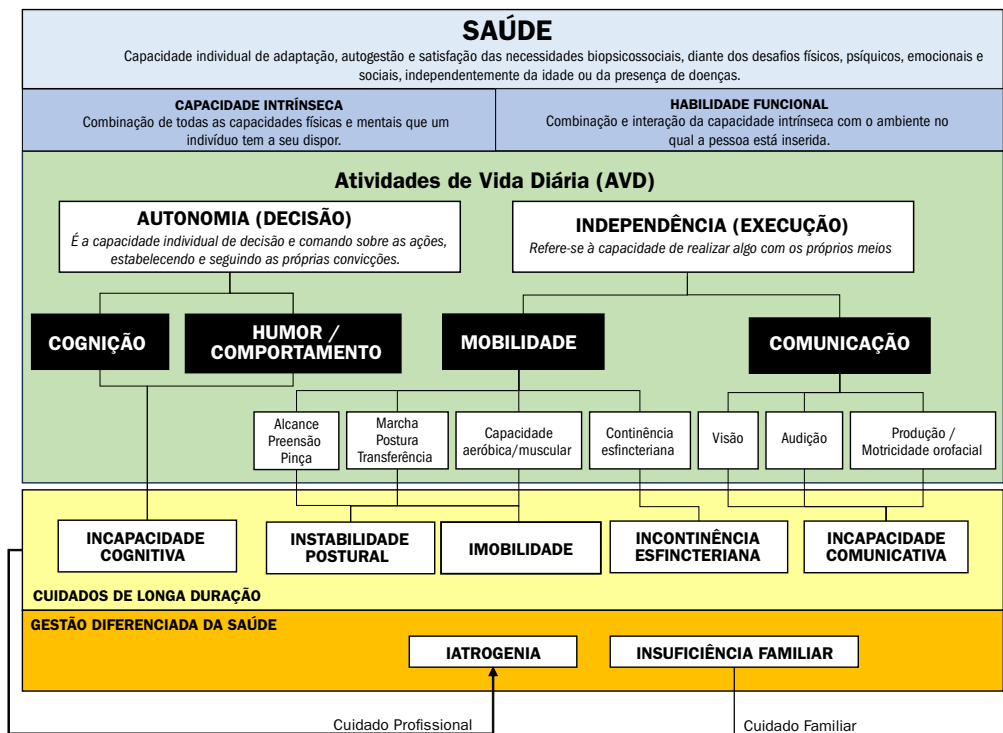
O modelo multidimensional de saúde da pessoa idosa define saúde como a capacidade individual de satisfação das necessidades biopsicossociais, independentemente da idade ou da presença de doenças (Moraes, 2014). Representa a capacidade de adaptação e de autogestão diante dos desafios físicos, psíquicos, emocionais e sociais, que ocorrem ao longo da trajetória do envelhecimento individual, que é dinâmica e relacionada com a resiliência e a capacidade de enfrentamento (Boers; Cruz, 2015; Moraes 2012). As necessidades biopsicossociais são muito abrangentes, mas podem ser definidas como aquelas tarefas do cotidiano fundamentais para a gestão da própria vida e do autocuidado, também denominadas de Atividades de Vida Diária (AVD). As AVD são operacionalizadas em Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD), conforme seu grau de complexidade (Figura 2).

A capacidade funcional é a forma de expressar a autonomia e a independência do indivíduo nas AVD. Saúde e capacidade funcional são, portanto, conceitos intercambiáveis. O conceito de autonomia refere-se à capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo suas próprias convicções. Por sua vez, a independência é a capacidade de realizar algo com os próprios meios. A capacidade de decisão depende diretamente da cognição (atenção, memória, função executiva, linguagem, funções perceptomotoras e cognição social) e do humor e comportamento (humor, vontade e prazer, sensopercepção e juízo de realidade) que traduzem de forma mais sintética as funções mentais. Por seu turno, a capacidade de execução das decisões com os próprios meios depende diretamente da mobilidade (capacidade de deslocamento e manipulação do meio) e da comunicação (capacidade estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias e sentimentos). A mobilidade depende de quatro subsistemas funcionais: a capacidade aeróbica e muscular (transporte

e captação de oxigênio pelos músculos), o alcance/preensão/pinça (membros superiores) e a marcha, postura e transferência. A continência esfincteriana é também considerada um subdomínio da mobilidade, pois a sua ausência (incontinência esfincteriana) é capaz de interferir na mobilidade e restringir a participação social do indivíduo. A comunicação depende de três subsistemas funcionais: visão, audição e produção/motricidade orofacial – este último é representado pela voz, fala e mastigação/deglutição. Todos os sistemas e subsistemas funcionais do modelo são estritamente interdependentes e não devem ser avaliados de forma fragmentada. O comprometimento dos sistemas funcionais impede o indivíduo de gerir a sua vida e/ou cuidar de si mesmo, gerando a dependência funcional, também conhecida como incapacidade funcional (Moraes, 2009).

As principais incapacidades na pessoa idosa são a **incapacidade cognitiva** (demência, depressão, delirium e doença mental), a **instabilidade postural** (quedas), a **imobilidade**, a **incontinência esfincteriana** e a **incapacidade comunicativa** (cegueira e surdez). Tais condições crônicas de saúde estão associadas à necessidade de cuidados de longa duração, que exigem uma gestão diferenciada da saúde, realizada tanto pelos profissionais de saúde, quanto pelos familiares da pessoa idosa. O manejo clínico inadequado resulta em maior risco de iatrogenia. A família, frequentemente, não se encontra preparada para prover os cuidados necessários, condição conhecida como insuficiência sociofamiliar. Essas incapacidades são agrupadas com o nome de “Gigantes da Geriatria” ou “Grandes Síndromes Geriátricas” ou “7 Is da Geriatria”. O envelhecimento normal, por si só, não compromete significativamente a capacidade intrínseca e é incapaz de causar dependência funcional, que, na sua maioria, é consequência de uma ou mais doenças agravadas pelas barreiras relacionadas com os fatores ambientais e contextuais. Esse modelo multidimensional de saúde da pessoa idosa é o ponto de partida para a compreensão do conceito de saúde da pessoa nessa fase (Moraes, 2016).

FIGURA 2 – Modelo Multidimensional de Saúde da Pessoa Idosa

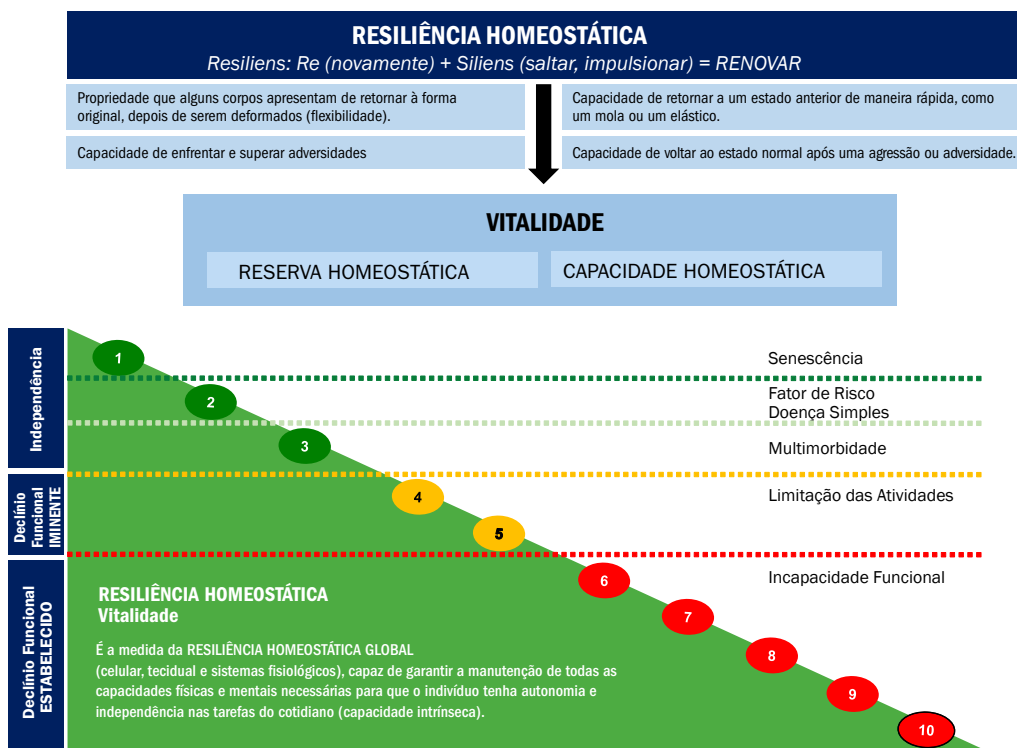


FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

VITALIDADE

É a medida da resiliência homeostática global (celular, tecidual e sistemas fisiológicos), capaz de garantir a manutenção de todas as capacidades físicas e mentais necessárias para que o indivíduo tenha autonomia e independência nas tarefas do cotidiano (Boers; Cruz, 2015). Mais recentemente, a Organização Mundial da Saúde denominou de capacidade intrínseca essa combinação dessas capacidades (Icope, 2020). Vários fatores podem comprometer a vitalidade, como envelhecimento por si (senescência), hábitos de vida inadequados, fatores ambientais e diversas doenças e agravos à saúde, os quais se acumulam ao longo da vida. O declínio da vitalidade compromete a independência e a autonomia do indivíduo, podendo causar limitação na execução de algumas atividades (declínio funcional iminente), que, por sua vez, pode evoluir para incapacidades funcionais (declínio funcional estabelecido) caso haja nenhuma intervenção terapêutica adequada. A prevalência e a gravidade de doenças crônico-degenerativas e multimorbidade são diretamente proporcionais ao declínio da vitalidade. Dependendo do grau de comprometimento da vitalidade e, conseqüentemente, da presença ou não de declínio funcional, podemos ter dez tipos de pessoas idosas, como pode ser visto na figura abaixo. Percebe-se, assim, claramente, a heterogeneidade dessa população (Figura 3).

FIGURA 3 – Vitalidade e Resiliência Homeostática



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Cuidado Centrado na
Pessoa Idosa: Manejo
da Multimorbidade
e da Fragilidade

FRAGILIDADE

A fragilidade é um conceito em constante evolução na Medicina Geriátrica (Boers; Cruz, 2015; Rockwood *et al.*, 1994), cuja definição é ampla e pouco consensual, limitando sua operacionalização na prática clínica (Cesari *et al.*, 2017; Clegg *et al.*, 2013; Gordon; Masud; Gladman, 2014; Villacampa-Fernández *et al.*, 2017). Há concordância da necessidade da presença de condições biopsicossociais relacionadas com o envelhecimento capaz de aumentar a vulnerabilidade a desfechos adversos. Percebe-se que é um conceito multidimensional e que, portanto, sua operacionalização também é diversa. Nesse sentido, são descritos, vários atributos ou domínios da fragilidade, que podem existir de forma isolada ou associada (Quadro 1) (Cohen *et al.*, 2023; Gobbens *et al.*, 2010).

Os principais determinantes da fragilidade são, desse modo, o próprio envelhecimento (senescência) e, principalmente, a presença de fatores de risco, doenças isoladas ou associadas (multimorbidade) e suas complicações, em especial, a dependência funcional. São processos cumulativos e autoperpetuantes, que devem ser reconhecidos precocemente para evitar ou, pelo menos, lentificar a evolução para graus de dependência funcional mais graves.

QUADRO 1 – Fenótipos Fragilidade

FENÓTIPO	SUBDOMÍNIO	CARACTERIZAÇÃO
Fragilidade Física	Fenótipo de Linda Fried	Presença de três ou mais dos seguintes critérios: perda de peso, fadigabilidade (exaustão), fraqueza (redução da força muscular), baixo nível de atividade física e lentificação da marcha. Este modelo é encapsulado na mobilidade e não inclui a cognição, humor/comportamento e comunicação na definição de “idoso frágil” (Fried <i>et al.</i> , 2001).
	Sarcopenia	Transtorno progressivo e generalizado da musculatura esquelética, envolvendo uma acelerada perda de massa, força e função muscular que se associa ao aumento de desfechos negativos em idosos, como declínio funcional, fragilidade, quedas e morte (CID-10 M62.5).

QUADRO 1 – Fenótipos Fragilidade

FENÓTIPO	SUBDOMÍNIO	CARACTERIZAÇÃO
Fragilidade Clínica	Índice de Fragilidade de Rockwood	É um modelo matemático que define a fragilidade como um acúmulo de déficits, expressados através do Índice de Fragilidade, que é uma medida ponderada do acúmulo individual de 30 a 70 déficits clínicos, como doenças específicas (insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, doença de Parkinson, câncer etc.), sinais e sintomas (tremor, bradicinesia, cefaleia, síncope etc.), perdas funcionais (dependência nas atividades de vida diária, problemas de memória, problemas de humor, alterações da marcha e equilíbrio, quedas, imobilidade, incontinência urinária etc.), alterações radiológicas, dentre outras. Cada item recebe um “peso”, que varia de zero a um, representando a sua frequência ou gravidade. O índice é calculado dividindo-se o número de índices presentes pelo total de índices avaliados pela AGA. A presença de IF maior ou igual a 0,25 define o idoso frágil (Rockwood <i>et al.</i> , 2005). É importante ressaltar que, embora o máximo teórico do FI por definição é 1, o limite superior de 99% tem sido consistentemente comprovado como sendo inferior a 0,722.
	Multimorbidade	É a ocorrência simultânea de várias condições de saúde no mesmo indivíduo. Não pode ser considerada um simples somatório de doenças individuais, mas sim, o resultado da interação sinérgica entre elas, com consequências clínicas bem mais complexas do que aquela resultante do somatório isolado de cada uma delas (Villacampa-Fernández <i>et al.</i> , 2017).
Fragilidade Óssea		É a redução da resistência óssea, secundária à redução da densidade mineral óssea e/ou qualidade óssea (microarquitetura, mineralização, estrutura do colágeno, conectividade trabecular), associada a aumento do risco de fratura de baixo impacto ou fratura osteoporótica.
Fragilidade Cognitiva		É uma desordem clínica heterogênea caracterizada pela presença simultânea de fragilidade física e comprometimento cognitivo (CDR 0,5), na ausência de demência de Alzheimer ou outras demências (Kelaiditi <i>et al.</i> , 2013).
Fragilidade Psíquica		Presença simultânea de rebaixamento do humor, irritabilidade, solidão, apatia e fragilidade física. A depressão está associada a: disfunção mitocondrial, estresse oxidativo, aumento de citocina pró-inflamatórias (IF-6, TNF), disfunção dopaminérgica, além de alterações físicas e nutricionais, que resultam em apoptose celular e redução da resiliência celular (Brown <i>et al.</i> , 2016).

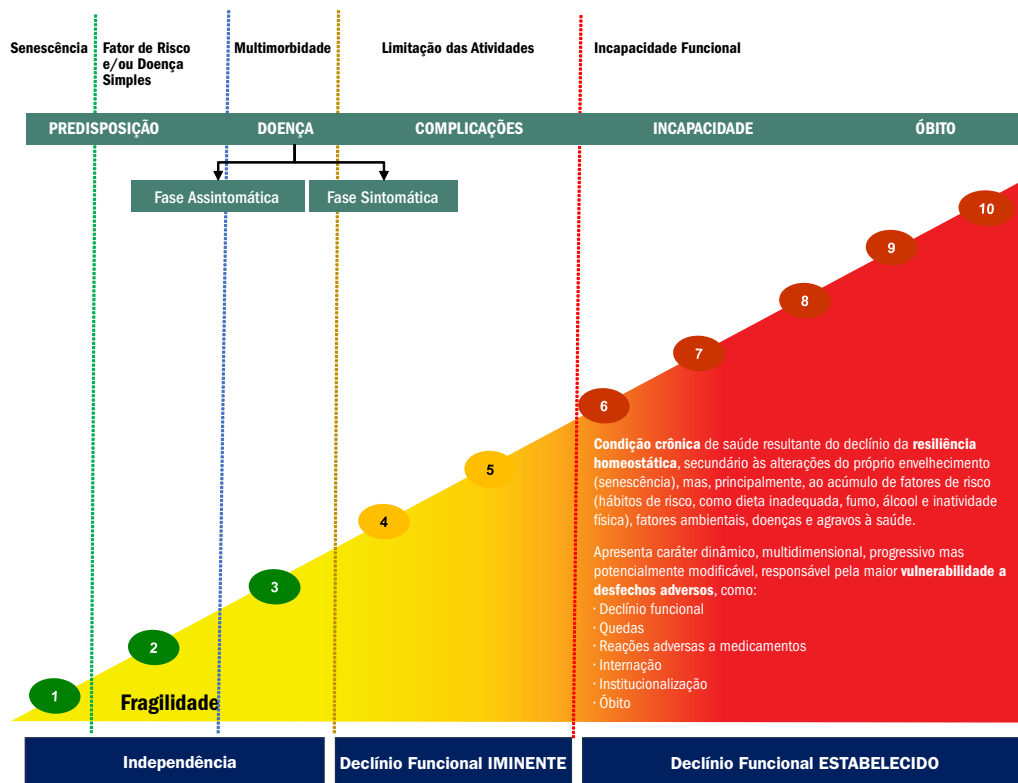
QUADRO 1 – Fenótipos Fragilidade

FENÓTIPO	SUBDOMÍNIO	CARACTERIZAÇÃO
Fragilidade Social		É a presença de risco ou perda, parcial ou total, do suporte social e da capacidade de prover recursos, atividades, habilidades ou comportamentos necessários para atender às necessidades sociais básicas relacionadas com a participação e o convívio interpessoal e comunitário (bem-estar social) (Bunt et al., 2017). O isolamento social e, principalmente, a solidão são marcadores importantes de desfechos adversos no idoso.
Fragilidade Familiar		Incapacidade da família de prover os cuidados, dar apoio e suporte ao idoso, por ausência de família ou por falta de condições. Não deve ser confundida com negligência ou abandono, pois, muitas vezes, a família deseja cuidar do seu idoso frágil ou dependente, mas não reúne as condições necessárias para este cuidado (Yamada; Arai, 2018).

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Além da diversidade conceitual, as repercussões da fragilidade na autonomia e na independência do indivíduo (habilidade funcional) são variáveis, dependendo da gravidade da condição e da coexistência de fatores ambientais, favoráveis ou não. O conceito de habilidade funcional refere-se à combinação e à interação entre a capacidade intrínseca (cognição, humor/comportamento, mobilidade e comunicação) e o ambiente no qual a pessoa está inserida (fatores contextuais) (Icope, 2020). Como vimos, os fatores que comprometem a vitalidade são os mesmos que aumentam a fragilidade. Portanto, vitalidade e fragilidade são conceitos absolutamente interdependentes, que ocorrem de forma espectral (Figura 4): quanto maior é o declínio da vitalidade, maior é o grau da fragilidade e, conseqüentemente, maior é a gravidade da dependência funcional. Assim, podemos ter desde pessoas idosas com grau mínimo de fragilidade que são independentes nas AVD (estratos 1, 2 e 3), pessoas idosas com maior grau de fragilidade que ainda conseguem manter sua independência e autonomia (estratos 4 e 5), mas com algumas limitações na realização de atividades (declínio funcional iminente), até pessoas idosas com maior fragilidade que são dependentes para as AVD com declínio funcional estabelecido (estratos 6, 7, 8, 9 e 10).

FIGURA 4 – Fragilidade



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

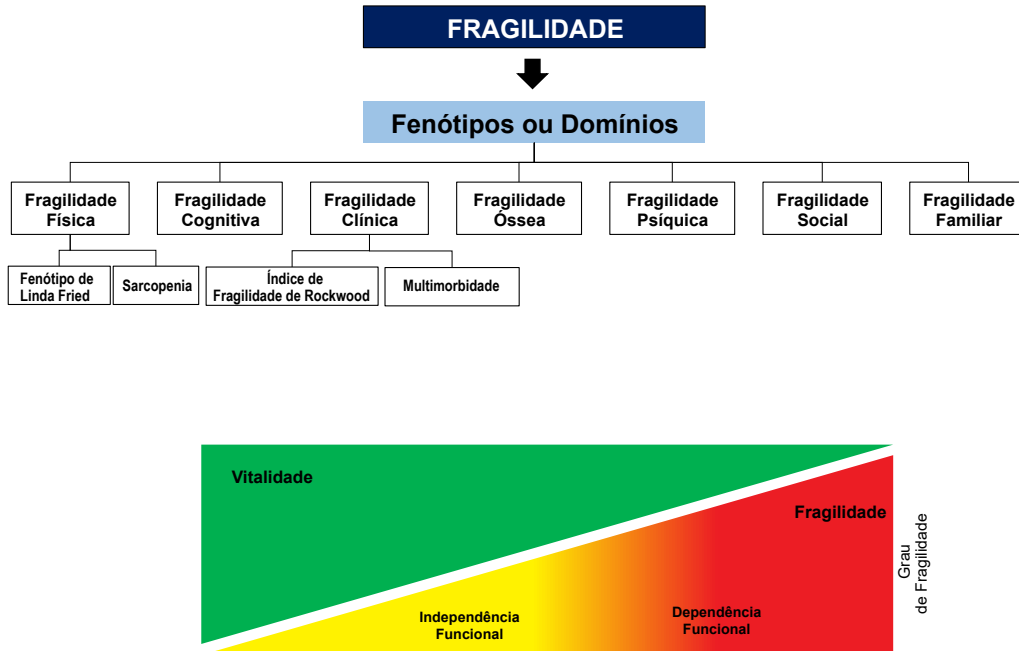
Nessa perspectiva, podemos então definir fragilidade como uma condição crônica de saúde resultante do declínio da resiliência homeostática, secundária às alterações do próprio envelhecimento (senescência), mas, principalmente, ao acúmulo de fatores de risco (hábitos de risco, como dieta inadequada, fumo, álcool e inatividade física), fatores ambientais, doenças e agravos à saúde (Moraes, 2023). Ademais, apresenta caráter dinâmico, multidimensional, progressivo, mas potencialmente modificável, responsável pela maior vulnerabilidade a desfechos adversos, como:

- declínio funcional;
- quedas;
- Reações Adversas a Medicamentos (RAM);
- internação;

- institucionalização;
- óbito.

Assim, essa nova definição de fragilidade facilita sua operacionalização na prática clínica, garante sua abrangência e caráter multidimensional, bem como favorece a compreensão da heterogeneidade entre as pessoas idosas (Figura 5).

FIGURA 5 – Fenótipos da fragilidade



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

MULTIMORBIDADE

O termo morbidade ou morbilidade tem origem na palavra *morbus*, que significa doença física, enfermidade, sofrimento etc., estando muito associado ao modelo biomédico centrado na doença. Doença é, usualmente, definida como a presença de alterações da estrutura e/ou função do corpo. Sugerimos a utilização do termo condição de saúde, que representa

[...] toda circunstância na saúde das pessoas, que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas reativas ou proativas, episódicas ou contínuas, e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias (Mendes, 2019).

Esse conceito é bem mais abrangente que o termo doença. Sabe-se que grande parte das demandas na Atenção Primária à Saúde (APS) não são doenças, mas, sim, enfermidades, definidas como qualquer sofrimento relatado pelo paciente (*illnesses*). Usualmente, as doenças são classificadas segundo padrões bem definidos, que são consolidados na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD), criada em 1948 com a finalidade de estabelecer “classificação e codificação das doenças e uma ampla variedade de sinais, sintomas, achados anormais, denúncias, circunstâncias sociais e causas externas de danos e/ou doença”.

Multimorbidade ou multimorbilidade é a coexistência de duas ou mais condições crônicas em uma mesma pessoa ou coocorrência de múltiplas condições crônicas simultaneamente no mesmo indivíduo, incluindo os transtornos mentais e as doenças transmissíveis de longa duração (HIV, hepatite C etc.). Ela representa o maior problema de saúde pública no mundo e está diretamente relacionada com o envelhecimento e com as más condições socioeconômicas (Academy of Medical Sciences, 2018). Está, portanto, estritamente relacionada com o conceito de fragilidade, do qual é indissociável.

O envelhecimento é o principal fator de risco para a fragilidade e para a multimorbidade, que pode estar presente no seu fenótipo clínico, como nos outros fenótipos da fragilidade. Usualmente, a definição da multimorbidade depende da presença de determinadas doenças específicas, listadas em tabelas, como mostra o Quadro 2. No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, a prevalência de multimorbidade na população adulta foi de 29,5% e está associada a envelhecimento, baixa instrução e sexo feminino (Schiesari et al., 2023). No Uruguai e na Colômbia, a prevalência foi de 8,44% e 19,5% respectivamente (Romero et al., 2023; Vargas et al., 2023).

QUADRO 2 – Lista de doenças utilizadas para definição da presença de multimorbidade ou polipatologia

Desordens cardiovasculares	Hipertensão arterial
	Fibrilação atrial
	Doenças arterial coronariana: angina, infarto agudo do miocárdio
	Acidente Vascular Cerebral/Ataque Isquêmico Transitório (AVC/AIT), incluindo hemorragias intracranianas
	Doença Renal Crônica
	Doença arterial periférica
	Insuficiência cardíaca
Desordens Respiratórias	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)
	Asma
	Bronquiectasia
	Sinusite crônica
Desordens mentais	Depressão
	Ansiedade: ansiedade generalizada, síndrome do pânico, transtorno pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo, insônia, estresse e outros transtornos psiquiátricos.
	Esquizofrenia/transtorno bipolar
	Alcoolismo
	Abuso de outras substâncias psicoativas
	Anorexia ou bulimia

QUADRO 2 – Lista de doenças utilizadas para definição da presença de multimorbidade ou polipatologia

Desordens neurológicas	Demência
	Doença de Parkinson e equivalentes
	Esclerose múltipla
	Epilepsia
	Enxaqueca
Desordens musculoesqueléticas	Dor crônica: osteoartrite, cefaleia não-enxaqueca, fasciite plantar, artrites, fibromialgia, discopatias, espondilite, lombalgia crônica, gota, neuralgia do trigêmeo, síndrome do túnel do carpo, dor ciática etc.
	Osteoporose
	Desordens do tecido conjuntivo: lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatoide, síndrome e doença de Sjögren, dermatopolimiosite, esclerodermia, artrite psoriática, dermatomiosite, polimiosite, polimialgia reumática e doença celíaca/malabsorção.
	Síndrome da fadiga crônica
Desordens gastrointestinais	Dispepsia crônica: doença do refluxo gastroesofágico, esôfago de Barrett, úlcera gástrica ou duodenal, dispepsia funcional, hérnia de hiato, infecção pelo <i>Helicobacter pylori</i> .
	Síndrome do Intestino Irritável
	Constipação intestinal
	Doença diverticular
	Doença intestinal inflamatória
	Hepatite viral
	Hepatopatia crônica
Desordens endócrinas	Diabetes mellitus
	Tireoidopatias: hiper ou hipotireoidismo, doença de Graves, bócio, tireoidite e nódulo tireoidiano não neoplásico.
Desordens dos órgãos dos sentidos	Glaucoma
	Doença de Meniere's
	Perda auditiva ou visual
Desordens genitourinárias	Ovário policístico
	Desordens da próstata
	Endometriose

QUADRO 2 – Lista de doenças utilizadas para definição da presença de multimorbidade ou polipatologia

Outras	Anemia perniciosa e similares
	Psoríase/eczema
	Câncer (últimos 5 anos)

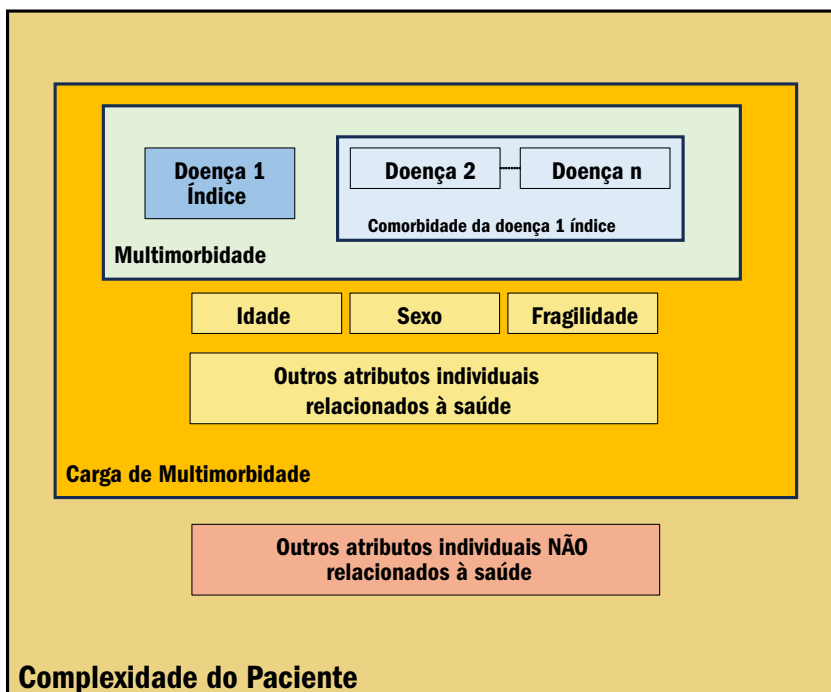
FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA COM BASE EM JANI ET AL. (2019) E BARNETT ET AL. (2012).

Percebe-se que nem todas as condições crônicas de saúde frequentes nas pessoas idosas são descritas nessas listas, como o fenótipo de Linda Fried, alto índice de fragilidade de Rockwood, sarcopenia, comprometimento cognitivo leve, instabilidade postural, quedas, incontinência esfincteriana, imobilidade, transtornos do sono ou vigília, tabagismo, dislipidemia e obesidade. Tais condições crônicas devem ser consideradas na avaliação da multimorbidade, pois afetam significativamente a qualidade de vida e devem ser consideradas no manejo clínico. O impacto negativo da multimorbidade é significativo e está fortemente relacionado com maior morbimortalidade e perda de anos vividos sem incapacidade, redução do bem-estar e qualidade de vida e maior risco de declínio funcional. A maior carga do tratamento, definida como o impacto negativo no tempo e na energia do paciente no acesso a cuidados de múltiplos prestadores e na implementação das orientações, é também outra complicação descrita. Outra consequência relevante é a sobrecarga dos cuidadores e familiares e o maior custo para o sistema de saúde, ameaçando sua sustentabilidade (Academy of Medical Sciences, 2018)

Os conceitos de multimorbidade e comorbidade são distintos, mas complementares, pois fornecem duas perspectivas diferentes nos pacientes que possuem mais de uma condição de saúde ao mesmo tempo. Comorbidade é a coexistência de outras condições simultâneas à condição índice, que é o enfoque específico da atenção. É qualquer entidade clínica adicional distinta, que tenha existido ou que possa ocorrer durante o curso clínico de um paciente que tenha a “condição índice” em estudo. Multimorbidade, por sua vez, significa a coexistência de várias condições, independentemente da “condição índice”. É, portanto, um conceito mais amplo e que pode ser usa-

do para descrever uma enorme gama de pacientes que experimentam uma infinidade de diferentes combinações de condições. Pode-se afirmar que o termo comorbidade está mais relacionado com o cuidado centrado na doença, enquanto multimorbidade é um conceito mais genérico e centrado na pessoa, pois reconhece que o impacto de uma condição é influenciado não apenas por características relativas à saúde, mas também por fatores socioeconômicos, culturais e ambientais, e pelo comportamento do paciente (Academy of Medical Sciences, 2019). A carga de multimorbidade é o somatório do impacto global das diferentes doenças do indivíduo, em conjunto com os fatores relacionados com idade, sexo, fragilidade e outros atributos da saúde. Por sua vez, a complexidade do paciente é o impacto da carga da multimorbidade associada a outros atributos individuais não relacionados diretamente com a saúde, mas que interferem significativamente na abordagem integral do indivíduo (Figura 6).

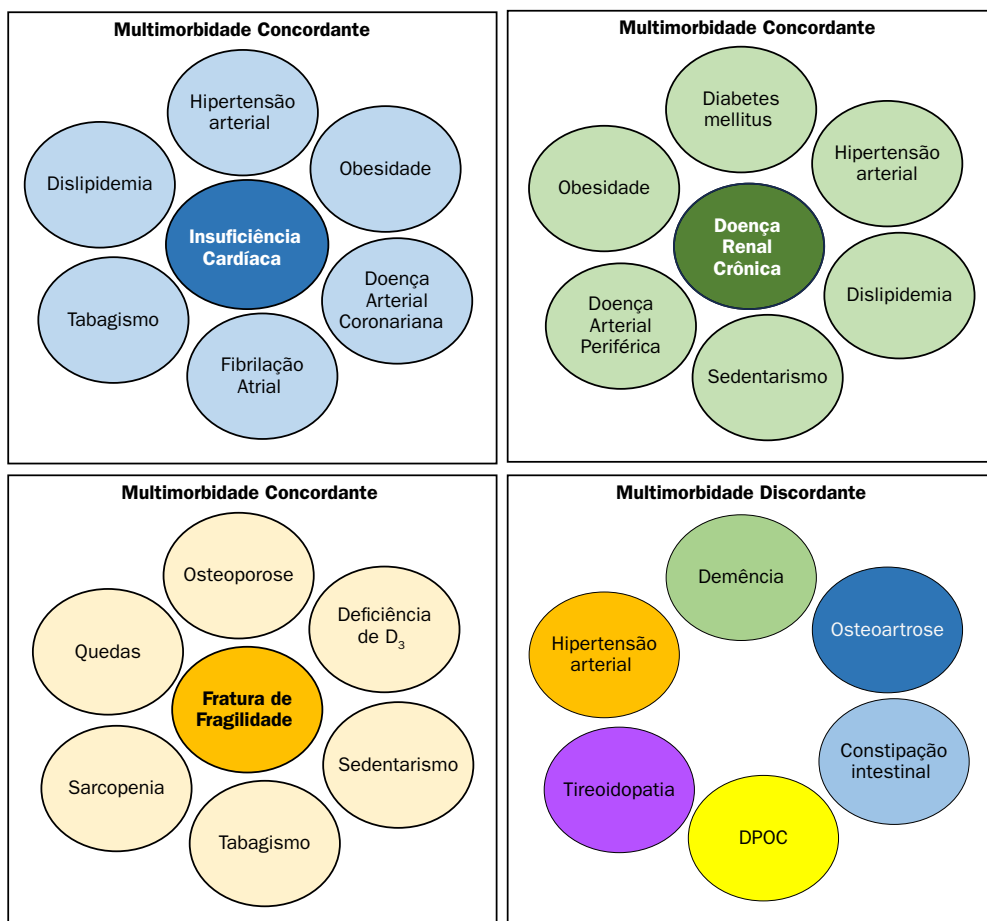
FIGURA 6 – Multimorbidade, comorbidade, carga de multimorbidade e complexidade do paciente



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

A multimorbidade pode ser concordante, quando há uma relação fisiopatológica entre elas, ou discordante, quando não há relação aparente entre as diversas condições crônicas apresentadas pelo paciente (Skou et al., 2023) (Figura 7).

FIGURA 7 – Tipos de multimorbidade



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

A multimorbidade é uma entidade em si, e sua abordagem não pode ser fragmentada, na medida em que não pode ser considerada um simples somatório de doenças, mas, sim, o resultado da interação sinérgica entre elas, com consequências clínicas bem mais complexas do que aquela resultante do somatório isolado de cada uma delas. A multimorbidade é uma entidade em si, não apenas o somatório das doenças específicas. Por conseguinte, as doenças não devem ser tratadas seguindo-se diretrizes específicas (*guidelines*) de cada doença, muitas vezes envolvendo vários especialistas, cada um focalizado em uma doença específica (Boult; Wieland, 2010).

A prevalência da multimorbidade aumenta consideravelmente com o envelhecimento, variando de 55% a 98%, dependendo da região e do critério utilizado. As condições mais frequentes são aquelas agrupadas em condições cardiometabólicas (hipertensão arterial, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, AVC ou AIT, diabetes mellitus, fibrilação atrial e doença arterial periférica), depressão, demência de Alzheimer, doença de Parkinson, doenças respiratórias (DPOC, asma etc.), osteoartrite, osteoporose, doença renal crônica, neoplasias, além de queixas mais frequentes, como insônia, constipação intestinal, tontura, noctúria, dispepsia, dor crônica, entre outras.

É frequente a presença de várias condições crônicas simultâneas, que dificultam mais ainda a gestão clínica da pessoa idosa. Deve-se, portanto, evitar a fragmentação do cuidado, pois a interrelação entre as doenças é mais importante do que as doenças em si, e sua abordagem deve estar ancorada em uma perspectiva sistêmica, que implica a “capacidade de ver a floresta e não somente cada árvore e de transitar de relações lineares de causa e efeito para interrelações entre diversos subsistemas” (Figura 8). O pensamento sistêmico nas organizações de saúde consiste nas interconexões que existem entre diferentes unidades e processo dos sistemas de atenção à saúde. As intervenções propostas para as pessoas idosas frágeis devem ser, portanto, holísticas e interdisciplinares, e a APS é o ponto da rede mais apropriado para tal abordagem (Mendes, 2019; Moraes, 2023).

FIGURA 8 – Pensamento sistêmico aplicado à multimorbidade

*Cuidado Centrado na
Pessoa Idosa: Manejo
da Multimorbidade
e da Fragilidade*



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

A polifarmácia, definida como o uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos por dia, é outra consequência inevitável da multimorbidade, descrita em cerca de 30% a 40% das pessoas idosas. Ela representa o principal sinal de alerta para a prescrição inapropriada, que pode agravar mais ainda o declínio funcional, além de causar quedas, fraqueza muscular, confusão mental, parkinsonismo e aumentar o risco de internação hospitalar e óbito. Deve ser, portanto, considerada uma condição crônica de saúde por si só, pois exige uma abordagem específica, com o objetivo de reconhecer precocemente as reações adversas associadas ou não a interações fármaco-fármaco, fármaco-doença, fármaco-incapacidade e fármaco-alimento. A prescrição inapropriada consiste na utilização de medicamentos que apresentam uma relação risco-benefício desfavorável, e está presente em 20% a 79% das pessoas idosas, sendo, desse modo, bastante frequente nessas pessoas (Moraes, 2018).

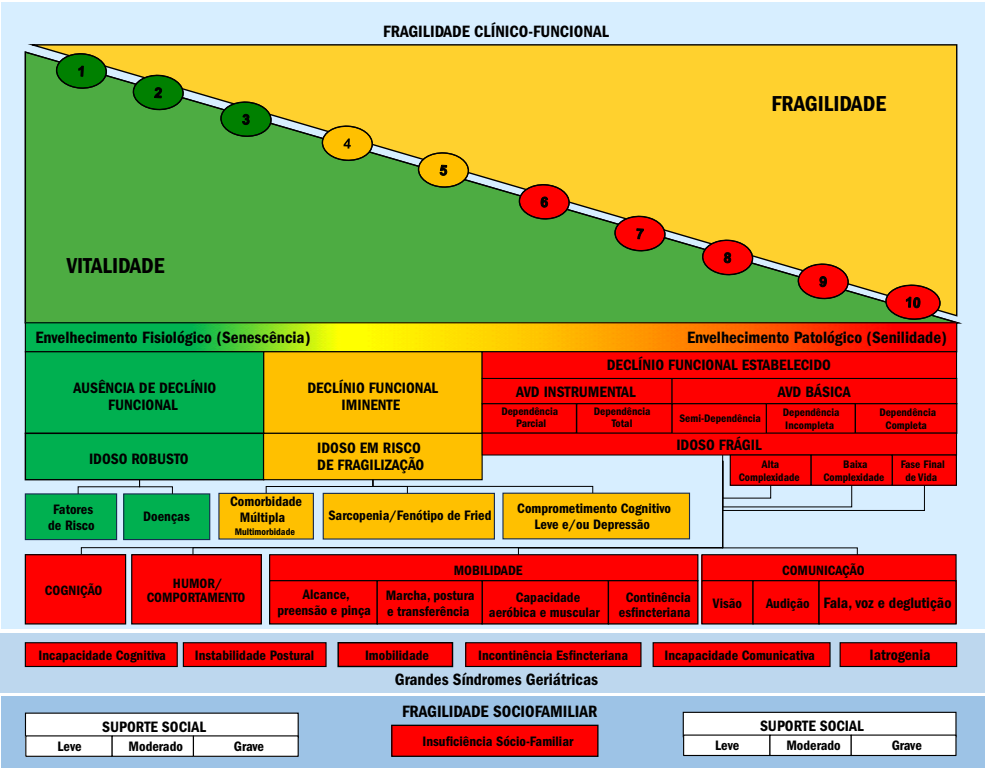
A probabilidade de prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados é diretamente proporcional à prevalência de polifarmácia. As alterações da farmacocinética e da farmacodinâmica devem ser avaliadas rigorosamente. O prescritor deve ter, assim, amplo conhecimento dos critérios explícitos e implícitos de medicamentos inapropriados para pessoas idosas. Algumas pessoas idosas apresentam benefícios clínicos com a suspensão ou a redução da dose de fármacos, que podem estar causando danos atuais ou futuros ou que não ofereçam benefícios (medicamentos fúteis). Nesse contexto, são descritas várias estratégias de desprescrição, dependendo do fármaco e da definição clara das metas terapêuticas compartilhadas com a pessoa idosa e sua família. A **assistência farmacêutica** deve ser oferecida às pessoas idosas com polifarmácia, uso de medicamentos potencialmente perigosos (opioides, anticoagulantes, insulina e sulfonilureias, carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, ácido valpróico, lamotrigina, gabapentina ou pregabalina, antiparkinsonianos, imunossupressores e antineoplásicos, digoxina e sacubitril-valsartana) e uso de dispositivos especiais para a administração de medicamentos (inaladores pressurizados, sistema transdérmico, vias alternativas para a administração de medicamentos como por sondas ou hipodermóclise) (Moraes; Reis; Lanna, 2019; Scott, 2015).

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL

A importância da multidimensionalidade do modelo de saúde da pessoa idosa e na abordagem da fragilidade foi a base para o desenvolvimento da Escala Visual de Fragilidade Clínico Funcional proposta por Moraes e Lanna (2016), que é a expressão visual da classificação clínico-funcional do Idoso (Classificação Visual e Analógica de Fragilidade). Apresenta de forma mais clara os vários subtipos de pessoas idosas, exibindo extremos opostos de capacidade funcional, que representam o grau máximo e mínimo de vitalidade e fragilidade (Figura 9).

Os extremos da classificação estão ligados por uma linha reta, contínua, mas declinante, na qual pode ser marcado o ponto em que a pessoa idosa se encontra. Foram predefinidos de estratos ou categorias clínico-funcionais, que são agrupados em três grandes grupos de pessoas idosas: robusta (estratos 1 a 3), em risco de fragilização (estratos 4 e 5) e frágil (estratos 6 a 10).

FIGURA 9 – Classificação Clínico Funcional da Pessoa Idosa



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

QUADRO 3 – Classificação Clínico-Funcional do Idoso

ESCALA VISUAL-ANALÓGICA DE FRAGILIDADE		
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL SEGUNDO MORAES E LANNA, 2016		
IDOSOS ROBUSTOS		
Estrato 1	São idosos que se encontram no grau máximo de vitalidade. Apresentam independência para todas as AAVD, AIVD e ABVD e ausência de doenças ou fatores de risco, exceto a própria idade.	
Estrato 2	São idosos independentes para todas as AVD, mas que apresentam condições de saúde de baixa complexidade clínica, como a hipertensão arterial controlada e sem lesão de órgão alvo, diabetes mellitus controlado e sem lesão de órgão alvo, e fatores de risco, como tabagismo, dislipidemia, osteopenia, depressão leve, dentre outros.	


QUADRO 3 – Classificação Clínico-Funcional do Idoso

ESCALA VISUAL-ANALÓGICA DE FRAGILIDADE CLASSIFICAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL SEGUNDO MORAES E LANNA, 2016	
Estrato 3	São idosos independentes para todas as AVD, mas que apresentam doenças crônico-degenerativas com base em critérios diagnósticos bem estabelecidos e de maior complexidade clínica, como hipertensão arterial descontrolada ou com lesão de órgão alvo, diabetes mellitus descontrolado ou com lesão de órgão-alvo, depressão, ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica/asma, osteoartrite, doença arterial coronariana, história de infarto agudo do miocárdio, doença arterial periférica, câncer não cutâneo, osteoporose densitométrica, dor crônica, fibrilação atrial, doença de Parkinson ou anemia.
IDOSOS EM RISCO DE FRAGILIZAÇÃO	
Estrato 4	São idosos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD, mas que apresentam uma das três condições abaixo: <ul style="list-style-type: none"> • Redução da capacidade aeróbica/muscular: perda de peso significativa, fadigabilidade, baixo nível de atividade física associada à redução objetiva da força muscular ou CP 31 cm. • Comprometimento Cognitivo Leve e/ou depressão moderada a grave. • Comorbidade múltipla, definida como duas ou mais doenças crônico-degenerativas bem estabelecidas (Multimorbidade) ou cinco ou mais condições crônicas de saúde (fatores de risco, sinais e sintomas limitantes, enfermidades etc.); polifarmácia (uso diário de 5 ou medicamentos de classes diferentes) ou internação recente, nos últimos 6 meses.
Estrato 5	São idosos independentes para AIVD e ABVD, portadores das condições crônicas definidas no estrato 4, mas que já apresentam limitações nas AAVD, como atividades relacionadas à integração social, atividades produtivas, recreativas e/ou sociais, ou evidências clínicas de redução significativa no desempenho muscular ($VM \leq 0,8$ m/s ou $TUG \geq 20s$, ou seja, presença de sarcopenia grave ou presença do fenótipo de fragilidade de Fried <i>et al.</i> , 2001)
IDOSOS FRÁGEIS	
Estrato 6	São os idosos que apresentam declínio funcional parcial nas AIVD e são independentes para as ABVD.
Estrato 7	São os idosos que apresentam declínio funcional em todas as AIVD, mas ainda são independentes para todas as ABVD.
Estrato 8	São os idosos que apresentam dependência completa nas AIVD associada à semi-dependência nas ABVD: comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou uso do banheiro).
Estrato 9	São os idosos que apresentam dependência completa nas AIVD associada à dependência incompleta nas ABVD: comprometimento de uma das funções vegetativas simples (transferência e/ou continência), além de, obviamente, ser dependente para banhar-se, vestir-se e usar o banheiro. A presença isolada de incontinência urinária não deve ser considerada, pois é uma função fisiológica e não uma atividade.

QUADRO 3 – Classificação Clínico-Funcional do Idoso

ESCALA VISUAL-ANALÓGICA DE FRAGILIDADE

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL SEGUNDO MORAES E LANNA, 2016

	Estrato 10	São os idosos que se encontram no grau máximo de fragilidade e, consequentemente, apresentam o máximo de dependência funcional, necessitando de ajuda, inclusive, para alimentar-se sozinho.
---	------------	--

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

A AGA é a estratégia mais específica para a definição do estrato clínico-funcional e reconhecimento das demandas da pessoa idosa. A AGA pode ser realizada em todo indivíduo com 60 anos ou mais, mas a relação custo-benefício desse procedimento é mais evidente na população idosa que apresenta suspeita de fragilidade identificada por meio dos instrumentos de **estratificação de risco** ou na presença de algumas condições clínicas, como quedas, confusão mental, mobilidade reduzida, incontinência esfincteriana, pós-alta hospitalar e nas pessoas idosas institucionalizadas (British Geriatrics Society, 2019).

Segundo Mendes (2019), a estratificação de risco das condições crônicas é fundamental para o planejamento e a implementação de políticas de saúde capazes de assegurar o “Cuidado Certo” ou “Cuidado de Alto Valor”, definido com o “cuidado ofertado para otimizar a saúde e o bem-estar, por meio da prestação da atenção que é necessária, desejada, clinicamente efetiva, acessível, equitativa e responsável no uso dos recursos” (Saini *et al.*, 2017). Nas condições crônicas de saúde, o espectro de gravidade é extremamente variável, e as respostas do sistema de saúde devem ser condizentes com as necessidades do indivíduo (equidade). Indivíduos com condições crônicas altamente complexas, como ocorre nas pessoas idosas frágeis, exigem respostas enfocadas na utilização de tecnologias de gestão de caso realizada por equipes geriátrico-gerontológicas especializadas.

Existem vários instrumentos que podem ser utilizados para a estratificação de risco da pessoa idosa, e não há evidências claras de superioridade entre elas. O Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20) é o instrumento mais utilizado pela APS no Brasil para o reconhecimento rápido da pessoa idosa frágil e suas demandas, podendo ser facilmente aplicado por qualquer profissional de saúde, incluindo aqueles de nível médio ou, até mesmo, pela pessoa idosa ou seus familiares. Apresenta alta acurácia para o reconhecimento da pessoa idosa frágil. É um instrumento simples e de

rápida aplicação (5 a 10 minutos) e tem a vantagem de possuir caráter multi-dimensional, pois avalia oito dimensões consideradas preditoras de declínio funcional e/ou óbito em pessoas idosas: a idade, a autopercepção da saúde, as AVD (três AIVD e uma ABVD), a cognição, o humor/comportamento, a mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular; marcha e continência esfincteriana), a comunicação (visão e audição) e a presença de comorbidades múltiplas, representada por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente. Cada seção é avaliada por meio de perguntas simples, que podem ser respondidas pela pessoa idosa ou por alguém que conviva com ela (familiar ou cuidador). Foram também incluídas algumas medidas consideradas fundamentais na avaliação do risco de declínio funcional da pessoa idosa, como peso, estatura, Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência da panturrilha e velocidade da marcha em 4 metros. Pode ser aplicado por toda a equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) e por demais profissionais da área de saúde (médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, dentista, psicólogo e farmacêutico). Cada pergunta recebe uma pontuação específica de acordo com o desempenho da pessoa idosa (Moraes, 2016).

QUADRO 4 – Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional – 20 (IVCF-20)

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL – 20 (IVCF-20)			
WWW.IVCF20.ORG			
IDADE	1. Qual é a sua idade?	() 60 a 74 anos ⁰	
		() 75 a 84 anos ¹	
		() ≥ 85 anos ³	
PERCEPÇÃO DA SAÚDE () Regular ou ruim ¹	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	() Excelente, muito boa ou boa ⁰	
		() Regular ou ruim ¹	

QUADRO 4 – Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional – 20 (IVCF-20)

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL – 20 (IVCF-20) WWW.IVCF20.ORG	
AVD Instrumental A pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? () Sim ⁴ () Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde 4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gasto ou pagar as contas de sua casa? () Sim ⁴ () Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde 5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? () Sim ⁴ () Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde
AVD Básica	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? () Sim ⁶ () Não
COGNIÇÃO	7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? () Sim ¹ () Não 8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? () Sim ¹ () Não 9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não
HUMOR	10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? () Sim ² () Não 11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? () Sim ² () Não

QUADRO 4 – Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional – 20 (IVCF-20)

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL – 20 (IVCF-20)		
WWW.IVCF20.ORG		
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? () Sim ¹ () Não
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? () Sim ¹ () Não
	Capacidade aeróbica e/ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? () Sim ² () Não • Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês () • IMC menor que 22 kg/m ² () • Circunferência (perímetro) da panturrilha a < 31 cm () • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 seg ()
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não
COMUNICAÇÃO		16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? () Sim ² () Não
	Continência Esfincteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? () Sim ² () Não
	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. () Sim ² () Não
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. () Sim ² () Não
COMORBIDADE MÚLTIPLA		20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? () Sim ⁴ () Não • Cinco ou mais doenças crônicas. • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia. • Internação recente, nos últimos 6 meses.
<div> <div>4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36</div> <div> <div>0 a 6 pontos BAIXA VULNERABILIDADE clínico-funcional</div> <div>7 a 14 pontos MODERADA VULNERABILIDADE clínico-funcional</div> <div>≥ 15 pontos ALTA VULNERABILIDADE clínico-funcional</div> </div> </div>		

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Após a aplicação do instrumento, o avaliador soma os pontos obtidos pelo paciente e define o escore final. Pessoas idosas com pontuação igual ou superior a 15 pontos apresentam alto vulnerabilidade clínico-funcional. Aquelas com pontuação entre 7 e 14 pontos demonstram moderada de vulnerabilidade clínico-funcional, enquanto pessoas idosas com pontuação entre 0 e 6 pontos exibem baixa vulnerabilidade clínico-funcional (Quadro 5). Os escores obtidos no IVCF-20 apresentaram alta correlação com a classificação clínico-funcional realizada por equipe geriátrico-gerontológica especializada (Moraes *et al.*, 2020). Dessa forma, podemos considerar que pessoas idosas com baixa vulnerabilidade clínico-funcional são “robustas” enquanto pessoas idosas com moderada e alta vulnerabilidade podem ser consideradas “em risco de fragilização” (pré-frágeis) e “frágeis” respectivamente.

Quadro 5 Pontos de corte do IVCF-20

ESCORE	SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE	CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO GRAU DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL	PREVALÊNCIA NA POPULAÇÃO IDOSA RESIDENTE NA COMUNIDADE	PRIORIDADE PARA REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA
0 a 6 pontos	—	Idoso com baixo risco de vulnerabilidade clínico-funcional	10 a 20%	BAIXA
7 a 14 pontos	Sensibilidade: 91% Especificidade: 71%	Idoso com moderado risco de vulnerabilidade clínico-funcional	20 a 30%	MÉDIA
≥ 15 pontos	Sensibilidade: 52% Especificidade: 98%	Idoso com alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional	50 a 60%	ALTA

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Em Uberlândia, segundo Barra e colegas (2023), houve franco predomínio de pessoas idosas de baixa vulnerabilidade clínico-funcional (69,4%), que, provavelmente, são robustas. A prevalência de pessoas idosas de alta vulnerabilidade clínico-funcional (IVCF-20 ≥ 15 pontos) foi de 11,2% (frágeis),

seguida pelas pessoas idosas de moderada vulnerabilidade clínico-funcional (19,52%) (pré-frágeis ou em risco de fragilização).

O Quadro 6 abaixo apresenta diversas informações referentes à interpretação da pontuação final do IVCF-20 e disponibiliza inúmeras orientações que devem ser compartilhadas entre a APS, as pessoas idosas e a família.

QUADRO 6 – Interpretação e manejo clínico baseado na pontuação do IVCF-20

INTERPRETAÇÃO DO ESCORE FINAL DO IVCF-20		
0 a 6 pontos	7 a 14 pontos	≥ 15 pontos
<p>A probabilidade de apresentar fragilidade é baixa. Neste momento, não é indispensável uma avaliação geriátrico-gerontológica especializada. Este idoso pode continuar realizando seu acompanhamento clínico usual.</p> <p>O acompanhamento clínico objetiva o tratamento das doenças e dos fatores de risco, porventura existentes. Intervenções preventivas devem ser priorizadas, com o objetivo de evitar condições crônicas de saúde associadas a desfechos adversos.</p> <p>Rastreamento de câncer e de osteoporose devem ser considerados individualmente, a faixa etária do indivíduo.</p> <p>A quimioprevenção deve ser avaliada individualmente, com o objetivo de prevenir doenças crônicas, respeitando-se a relação risco, benefício e custo das intervenções.</p>	<p>A probabilidade de apresentar fragilidade é consistente. Certamente, este idoso apresenta condições crônicas associadas a desfechos adversos, como declínio funcional, institucionalização, internação e óbito. Na presença de incapacidades funcionais deve-se realizar a AGA. O risco de desenvolver dependência e outras complicações é elevado.</p> <p>O objetivo principal das intervenções é evitar o declínio funcional, identificando e abordando adequadamente as condições crônicas identificadas. Torna-se, portanto, indispensável uma avaliação interdisciplinar, com a participação de outros profissionais de saúde, além do médico e enfermeiro.</p> <p>Rastreamento de câncer e de osteoporose devem ser considerados individualmente, a faixa etária do indivíduo.</p> <p>A quimioprevenção deve ser avaliada individualmente, com o objetivo de prevenir doenças crônicas, respeitando-se a relação risco, benefício e custo das intervenções.</p>	<p>A probabilidade de apresentar fragilidade é bastante elevada. Está fortemente indicada a AGA. O envelhecimento por si só não explica a situação clínica atual deste idoso, independentemente de sua idade. Provavelmente, este indivíduo apresenta algum grau de dependência nas tarefas do cotidiano secundária a uma ou mais incapacidades funcionais.</p> <p>Os cuidados profissionais são indispensáveis e devem ser realizados por profissionais capacitados no atendimento de idosos frágeis, pois o risco de iatrogenia é elevado. Toda prescrição e os diagnósticos das doenças devem ser revistos cuidadosamente. Deve-se ficar atento aos efeitos colaterais dos medicamentos utilizados.</p> <p>Este idoso necessita de acompanhamento por médico e enfermeiro capacitados na área de saúde da pessoa idosa, além de equipe interdisciplinar (fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, farmacêutico, serviço social, nutrição, psicologia, odontologia, educação física, musicoterapia etc.), conforme as incapacidades funcionais e condições crônicas identificadas.</p> <p>É fundamental a avaliação detalhada do suporte familiar e social.</p>
0 a 6 pontos	7 a 14 pontos	≥ 15 pontos

QUADRO 6 – Interpretação e manejo clínico baseado na pontuação do IVCF-20

INTERPRETAÇÃO DO ESCORE FINAL DO IVCF-20		
0 a 6 pontos	7 a 14 pontos	≥ 15 pontos
<p>Todos os idosos devem ser rotineiramente imunizados com as vacinas anti-influenza, antipneumocócica, dupla/tripla tipo adulto, antizoster, anti-hepatite e anti-tuberculose, além da vacina anti-Covid-19, exceto na presença de restrições específicas que devem ser discutidas com seu médico.</p> <p>Seguir as orientações específicas relacionadas aos itens pontuados no IVCF-20.</p>	<p>Todos os idosos devem ser rotineiramente imunizados com as vacinas anti-influenza, antipneumocócica, dupla/tripla tipo adulto, antizoster, anti-hepatite e anti-tuberculose, além da vacina anti-Covid-19, exceto na presença de restrições específicas que devem ser discutidas com seu médico.</p> <p>Seguir as orientações específicas relacionadas aos itens pontuados no IVCF-20.</p>	<p>Este idoso está em risco de intervenções terapêuticas (uso de medicamentos) ou propedêuticas (exames complementares) potencialmente iatrogênicas, que podem piorar a sua saúde. A prevenção quaternária deve ser avaliada rigorosamente, devendo-se evitar intervenções fúteis e sem comprovação científica de sua indicação. É fundamental a definição da proporcionalidade terapêutica.</p> <p>Seguir as orientações específicas relacionadas aos itens pontuados no IVCF-20.</p>
0 a 6 pontos	7 a 14 pontos	≥ 15 pontos

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA AMPLA

A AGA é um procedimento diagnóstico e terapêutico, com caráter multidimensional e interdisciplinar, com o objetivo de avaliar as capacidades física, funcional, psicológica e social do indivíduo, a fim de desenvolver um plano de cuidados coordenado e integrado para tratamento e acompanhamento em longo prazo (Figura 10). Assim, a AGA não se limita simplesmente à avaliação, mas também direciona um plano de cuidados holístico com intervenções tangíveis, capazes de maximizar a saúde geral das pessoas idosas (Briggs *et al.*, 2022; Choi *et al.*, 2023; Ellis *et al.*, 2017; Garrard *et al.*, 2020; Rubenstein *et al.*, 1991; Veronesi *et al.*, 2022). A AGA pode ser realizada em todo indivíduo com 60 anos ou mais, mas a relação custo-benefício desse procedimento é mais evidente na população idosa que apresenta suspeita de fragilidade identificada por meio dos instrumentos de estratificação de risco ou na presença de algumas condições clínicas, como quedas, confusão mental, mobilidade reduzida, incontinência esfincteriana, pós-alta hospitalar e nas pessoas idosas institucionalizadas (British Geriatrics Society, 2019).

A AGA é constituída por três elementos essenciais e indissociáveis: avaliação multidimensional da pessoa idosa, diagnóstico geriátrico-gerontológico e PCP. A avaliação multidimensional diagnóstico geriátrico-gerontológico deve incluir o diagnóstico funcional global e a lista de problemas ou demandas do paciente e de sua família.

PLANO DE CUIDADO PERSONALIZADO

O componente mais importante da AGA é a elaboração do PCP, que deve ser compartilhado com o paciente e sua família. Este consiste na estratégia utilizada para a organização do cuidado, em que se definem claramente quais são os problemas de saúde do paciente (o quê?), as intervenções mais apropriadas para melhoria da sua saúde (como?), as justificativas para as mudanças (por quê?), quais profissionais (quem?) e equipamentos de saúde (onde?) necessários para a implementação das intervenções (Moraes, 2012). Ainda segundo esse autor,

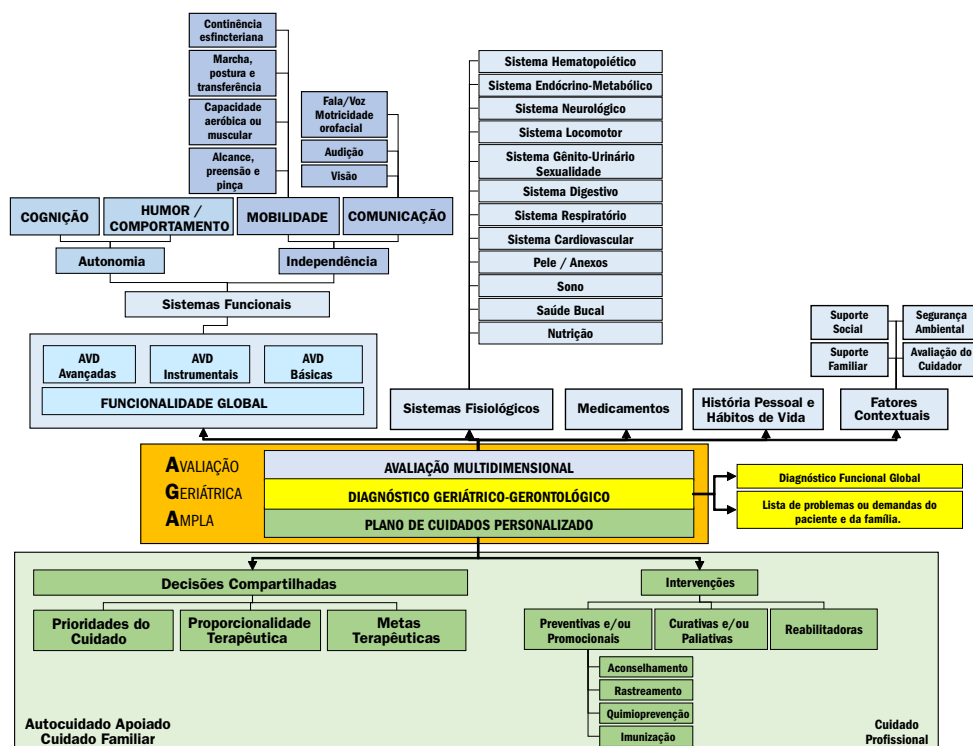
“[...] no idoso frágil, todas essas perguntas são complexas e multifatoriais e devem ser respondidas por uma equipe multidisciplinar, capaz de pensar de forma interdisciplinar. Todas as decisões clínicas devem considerar as melhores evidências científicas disponíveis e aplicáveis ao caso e, sobretudo, valorizar as preferências, necessidades, desejos e valores do idoso e de sua família, ou seja, a individualização do cuidado. Assim, o plano de cuidados contém todas as informações para o planejamento e implementação das ações necessárias para a manutenção ou recuperação da saúde do idoso” (Moraes, 2012).

O PCP é, portanto, a estratégia norteadora da equipe de saúde para atendimento às necessidades específicas de saúde do paciente em curto, médio e longo prazo. Ademais, é a lógica que direciona a equipe para a busca dos recursos adequados e tratamentos requeridos, servindo como eixo condutor de todo o processo assistencial.

Sabe-se que estratégias de promoção da saúde e medidas de prevenção primária e secundária são insuficientes para responder de forma adequada às novas demandas do rápido envelhecimento populacional. O impacto de tais medidas exige mudanças comportamentais e de hábitos de vida, além de investimentos em intervenções diagnósticas e terapêuticas que demandam tempo demasiadamente longo para obtenção de resultados positivos da saúde da pessoa idosa. Por vezes, esta não tem expectativa de vida suficientemente longa para se beneficiar de tais intervenções.

Outrossim, tais intervenções também apresentam riscos e podem trazer repercussões negativas para sua saúde. Por outro lado, a prevenção terciária consiste no reconhecimento das incapacidades e na intervenção interdisciplinar, visando à reabilitação, à demanda tempo, ao cuidado profissional qualificado e à adesão do paciente e dos familiares, fatores associados a custo elevado. Recentemente, foi incorporado o conceito de prevenção quaternária, que consiste na detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis. A prevenção quaternária volta-se para a proteção das pessoas usuárias do sistema de saúde em relação ao excesso de intervenções de rastreamento de doenças, à medicalização dos fatores de risco, à solicitação de exames em demasia, ao excesso de diagnósticos, uso de medicamentos fúteis ou potencialmente inapropriados e à medicina defensiva. Seu principal objetivo é não prejudicar o paciente (*primum non nocere*). Evita-se, portanto, o risco de adoecimento iatrogênico. Esses conceitos são fundamentais para a manutenção e/ou recuperação da independência e autonomia da pessoa idosa e, também, para a sustentabilidade dos sistemas de atenção à saúde, públicos ou privados.

FIGURA 10 – Avaliação Geriátrica Ampla

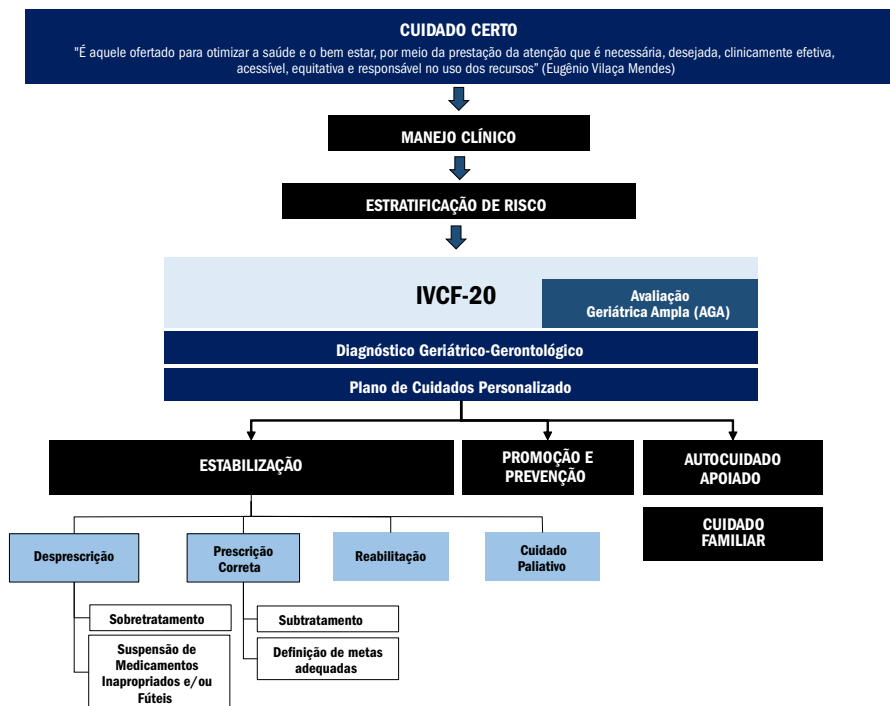


FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

Assim, esse modelo de atenção primária fortemente ancorada na atenção à saúde da pessoa idosa exige que a equipe de saúde esteja capacitada para implementar as seguintes ações, por ordem de importância (Figura 11):

- suspensão de intervenções diagnósticas e/ou terapêuticas inadequadas, com ênfase na desprescrição segura de medicamentos inapropriados;
- definição de metas terapêuticas individualizadas e compartilhadas com a pessoa idosa e sua família, respeitando o estrato clínico-funcional do paciente;
- tratamento adequado de condições subdiagnosticadas e, consequentemente, subtratadas, comumente atribuídas à “idade” ou “senilidade”;
- reabilitação, conforme o prognóstico reabilitacional do paciente;
- prevenção secundária, quando a expectativa de vida for suficientemente longa para o benefício esperado e não houver contraindicações para as intervenções medicamentosas, dietéticas ou mudanças do estilo de vida.

FIGURA 11 – Cuidado Certo



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

*Cuidado Centrado na
Pessoa Idosa: Manejo
da Multimorbidade
e da Fragilidade*

MACROGESTÃO DA SAÚDE

A macrogestão da saúde engloba um conjunto de tecnologias de gestão capazes de garantir padrões ótimos de assistência à saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população (Mendes, 2011). A fragmentação da atenção à saúde é o principal fator limitante que impede a efetividade e a eficiência dos sistemas de saúde. Torna-se fundamental o conceito de integração de todas as interfaces envolvidas e sua estruturação em rede com funções, atribuições e responsabilidades bem definidas. Para trazermos o conceito de integração da rede, faz-se necessário ampliar o objeto de trabalho da clínica para além das doenças e da prescrição médica, buscando melhor entendimento dos problemas de saúde por meio das situações que aumentam o risco ou a vulnerabilidade das pessoas.

O objetivo inicial é a identificação e a estratificação de riscos em grupos individuais expostos a determinados fatores e condições que os colocam em situação de prioridade para a dispensação de cuidados de saúde, sejam eles preventivos ou cuidadores. Para isso, devem-se utilizar instrumentos capazes de integrar todos os pontos da rede de assistência à saúde. O planejamento da assistência integral contempla os planos de cuidados estruturados e multidisciplinares destinados a apoiar a implementação de diretrizes clínicas e protocolos. Os protocolos são definidos e pactuados pelos diferentes componentes da Linha de Cuidados, de forma a uniformizar o cuidado e permitir o acesso de todos os pacientes às terapias estabelecidas em diretrizes. A Linha de Cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao paciente, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. O fio condutor das Linhas de Cuidado é o objetivo terapêutico que se pretende alcançar, e deve ser alicerçado na melhor experiência do cuidado. A Linha de Cuidado tem como objetivo garantir a continuidade e a coordenação do cuidado em toda rede de cuidados, composta por modalidades de aten-

dimento responsáveis pelo cuidado domiciliar, cuidado ambulatorial, cuidado reabilitacional, cuidado de urgência, cuidado hospitalar, cuidado intensivo, cuidado de longa duração e cuidado paliativo. Todos esses equipamentos da saúde devem atender às necessidades da pessoa idosa e de sua família, de forma integral e integrada, mas sem desperdícios, redundâncias, terapias fúteis ou potencialmente iatrogênicas, garantindo o menor custo possível (Bisognano; Kenney, 2012; Bodenheimer, 2002).

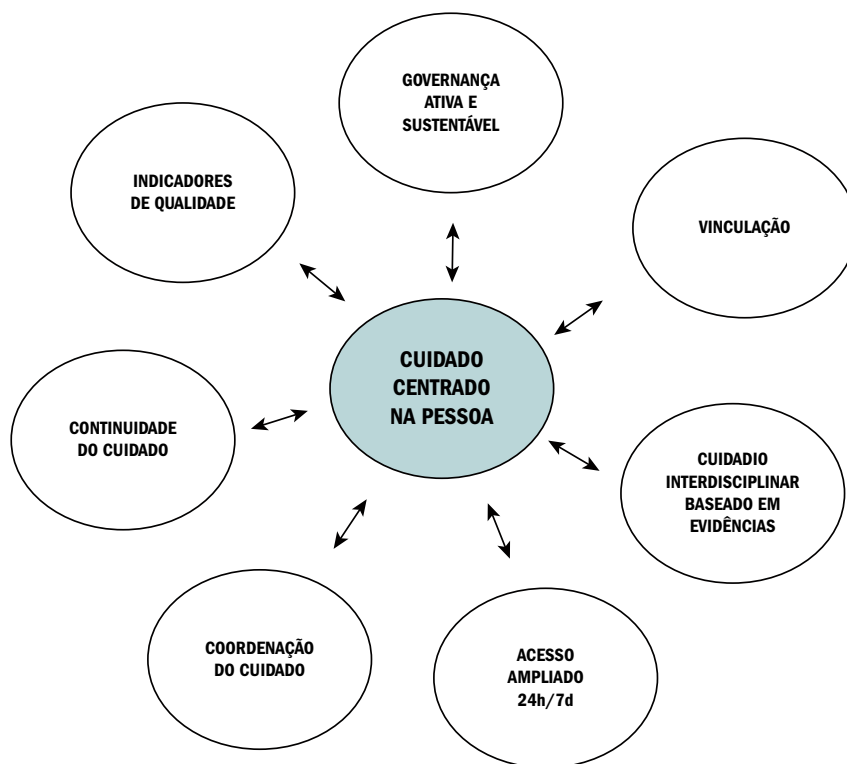
O “Triplo Objetivo” (*Triple Aim*) é uma metodologia que tem como objetivo a otimização do desempenho do sistema de saúde (Bisognano; Kenney, 2012). É composta por três objetivos:

- melhorar a experiência do cuidado: prestar uma assistência à saúde individual que seja efetiva, segura e confiável;
- melhorar a saúde da população, alcançando comunidades e organizações, enfocando a promoção, prevenção e o bem-estar global, reconhecendo e estabilizando as condições crônicas de saúde, incluindo os fatores de risco e os determinantes sociais da saúde;
- reduzir os custos assistenciais: redução dos custos per capita.

Mais recentemente, foram acrescentados mais dois objetivos ao *Triple Aim*: satisfação dos profissionais envolvidos e equidade. A incorporação desses cinco elementos é fundamental na gestão dos macroprocessos em saúde ou macrogestão da clínica.

Outros elementos fundamentais na estruturação das redes de atenção à saúde centrados na pessoa são aqueles adotados pela CHA, como a governança ativa e sustentável, vinculação, cuidado interdisciplinar baseado em evidências, acesso ampliado, coordenação do cuidado, continuidade do cuidado e indicadores de qualidade (Donna *et al.*, 2013; Kern; Edwards; Kaushal, 2016; Moraes, 2016).

FIGURA 12 – Conceitos de Mudanças adotados pela Cambridge Healthcare Alliance



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

GOVERNANÇA ATIVA E ENGAJADA

O envolvimento ativo dos gestores do programa é fundamental para o sucesso, pois mudanças expressivas na cultura, nas funções e nas rotinas do modelo clássico de atenção à saúde são necessárias. A função dos gestores do programa é gerenciar as frustrações e as inquietações advindas da mudança de paradigma, além de garantir recursos financeiros suficientes para sua implementação. Outro aspecto fundamental da liderança é assegurar as condições de trabalho adequadas para a equipe responsável pela assistência direta aos indivíduos, como infraestrutura, disponibilidade de tempo, treinamento profissional, entre outros.

ESTRATÉGIAS DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

A implementação do modelo é complexa e exige adaptações contínuas e a adoção de estratégias de mudanças da cultura e práticas médicas de forma rápida, com o apoio de todo o pessoal envolvido no programa, incluindo os clientes. Recomenda-se a adoção de um modelo formal de melhoria da qualidade, com a definição de indicadores de qualidade capazes de serem monitorados e readaptados continuamente. A utilização de tecnologias de informação em saúde é essencial para a sustentabilidade do modelo proposto, pois permite a integração de dados e registros do paciente na base de dados dos sistemas. A auditoria e o *feedback* dos indicadores de qualidade são decisivos para a melhoria de desempenho.

VINCULAÇÃO

O modelo deve garantir o acompanhamento longitudinal do cliente com sua equipe de saúde, de forma a garantir mais adesão às intervenções propostas, uso correto da medicação prescrita, mais satisfação do cliente, facilidade para o reconhecimento dos problemas de saúde e, conseqüentemente, baixa taxa de internação e baixo custo global da assistência à saúde. A garantia de acesso rápido, as medidas de promoção da saúde para toda a população e a coordenação do cuidado dependem de uma boa vinculação entre equipe de saúde e cliente. Essa ligação direta ou enquadramento facilita o monitoramento das condições de saúde dos clientes vinculados a determinada equipe, por meio de painéis e registros capazes de permitir contato proativo com os clientes adscritos, conforme o risco do cliente e as necessidades da comunidade e da família. Outrossim, deve haver uma relação satisfatória entre número de clientes e a equipe de saúde, de forma a garantir acompanhamento satisfatório de todos os pacientes vinculados.

CONTINUIDADE DO CUIDADO

O objetivo do modelo é garantir a vinculação e a continuidade do cuidado, que tem sido associada a melhores resultados de saúde, principalmente nas condições crônicas. Esse modelo reforça sua importância e reorganiza o sistema e os processos de trabalho para apoiá-lo, a partir do estabelecimento

de um suporte organizacional realizado por equipes de saúde que permita o acompanhamento adequado da população adscrita e o desenvolvimento de uma relação de confiança mútua, além de assegurar o contato com a equipe de saúde sempre que houver necessidade. O acompanhamento realizado somente pelo clínico é insuficiente para garantir o melhor cuidado integral. A definição de papéis de cada membro da equipe de saúde na implementação do plano de cuidados deve refletir as competências, as habilidades e os interesses de cada um. Essa redistribuição de tarefas valoriza a importância de todos os profissionais de saúde e facilita a ação do médico, que passa a ficar responsável somente por aquelas funções inerentes à sua área de atuação.

Dessa forma, o modelo não é “médico-exclusivo” ou “medicocentrado”. Todavia, o modelo reforça a importância da vinculação do paciente com seu médico, que deve ser garantida em todas as oportunidades. A continuidade do cuidado depende de um bom registro eletrônico das informações ao longo do tempo, capaz de garantir o compartilhamento das informações e oferecer suporte às decisões clínicas.

A equipe interdisciplinar inclui todos os profissionais envolvidos no cuidado, dependendo das necessidades identificadas no diagnóstico clínico-funcional e sociofamiliar do paciente e sua família. Não significa o simples somatório de opiniões e intervenções especializadas, mas, sim, a definição das reais necessidades do paciente, baseadas no diagnóstico multidimensional e interdisciplinar. Todas as dimensões da saúde devem ser bem ponderadas com desejos, expectativas, medos e sentimentos do paciente – e, a partir dessa negociação, estabelece-se a aliança terapêutica, definida em termos de prioridades e possibilidades de implementação. Nas pessoas idosas frágeis ou portadoras de multimorbidades, é fundamental que haja uma boa gestão da sua condição de saúde, por meio do médico e enfermeiro, aqui denominados integralistas, em conjunto com a equipe interdisciplinar, dependendo das demandas de cada paciente. O termo integralista traduz a capacidade de coordenação do trabalho interdisciplinar, tanto aquele realizado pelas especialidades médicas (médico integralista) como aquele realizado por profissionais da reabilitação e de outras áreas de atuação envolvidas no cuidado (enfermeiro integralista). Ambos são igualmente responsáveis pela viabilização e implementação das ações preventivas e cuidadoras, que constituem o PCP.

ORGANIZAÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS BASEADO EM EVIDÊNCIAS

*Cuidado Centrado na
Pessoa Idosa: Manejo
da Multimorbidade
e da Fragilidade*

Evidências consideráveis confirmam que a adoção dos elementos do Chronic Care Model (Modelo de Atenção Crônica) é capaz de melhorar a qualidade do cuidado para pacientes com condições crônicas de saúde. A ideia é assegurar a implementação de todas as medidas estabelecidas no PCP, composto de ações preventivas, propedêuticas e curativas de comprovada eficácia e que, usualmente, são subutilizadas no manejo de condições crônicas de saúde. Torna-se fundamental que a equipe de saúde reúna condições para definir as necessidades reais do paciente, além da identificação dos pacientes de alto risco, aos quais devem estar garantidas todas as intervenções indicadas. O uso de lembretes e *feedbacks* pode contribuir para que não se omita alguma ação capaz de melhorar a condição de saúde do paciente. Visitas programadas devem ser organizadas para garantir que todas as ações definidas no PCP necessárias sejam implementadas. Pacientes de alto risco, com múltiplos problemas, muitas vezes precisam de suporte clínico mais intensivo (gestão de casos), o que pode ser realizado por enfermeiros capacitados (navigador ou navegador). A gestão de casos está associada à redução nos custos assistenciais, particularmente em populações mais vulneráveis, como nas pessoas idosas frágeis, desde que integradas à atenção primária. Ademais, a utilização de sistemas eletrônicos em saúde facilita a identificação e a implementação de PCP.

ACESSO AMPLIADO

Acessibilidade, definida como a capacidade de ofertar assistência médica qualificada sempre que for necessário, é um elemento essencial para o sucesso do modelo proposto. O modelo deve promover e expandir o acesso contínuo às equipes de saúde, via telefone, *e-mail* ou visitas presenciais, além de oferecer programação de novas consultas presenciais e não presenciais e explicar a importância e as limitações dessa cobertura. Os pacientes devem ser capazes de se comunicar ininterruptamente (24/7) com um provedor que os conhece e que tem acesso às informações clínicas. Seja qual for o arranjo de cobertura, deve ser cuidadosamente explicado aos clientes do programa.

para que sejam atendidas as expectativas do paciente. Assegurar o equilíbrio entre oferta e procura é essencial para o sucesso do programa. O modelo deve garantir acesso às modalidades assistenciais específicas para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde.

COORDENAÇÃO DO CUIDADO

A assistência à saúde de alta qualidade exige agora que muitos pacientes, especialmente aqueles com doenças crônicas ou comorbidades múltiplas (multimorbidade), recebam serviços médicos e não médicos de vários provedores e organizações. No entanto, falhas na comunicação entre os provedores e as organizações limitam a eficácia desses serviços e contribuem para erros médicos, hospitalizações desnecessárias, procedimentos duplicados, prescrição de drogas inapropriadas e falhas no seguimento do paciente. Tais problemas são agravados após a alta hospitalar, quando, frequentemente, ocorre a descontinuidade do cuidado. A perda do acompanhamento do paciente não é surpreendente, dado que muitos médicos de cuidados primários não estão cientes de que seus pacientes foram hospitalizados ou atendidos em outros locais. Apesar de a coordenação de cuidados ser de responsabilidade de todos, o modelo deve proteger seus pacientes dos danos associados à fragmentação do cuidado, utilizando-se de estratégias como: a vinculação do paciente aos recursos comunitários disponíveis, o monitoramento dos pacientes após alta hospitalar ou após consultas de urgência, o acompanhamento de todos os atendimentos realizados por outros profissionais, a comunicação dos resultados de exames diretamente ao paciente, entre outros. A normatização do trabalho, por meio da supervisão direta e da padronização dos processos de trabalho (diretrizes clínicas), e sistemas robustos de registro eletrônico e diretrizes clínicas são extremamente úteis para a coordenação do cuidado.

Segundo Mendes (2011), “a coordenação da atenção à saúde diferencia-se de outro conceito que lhe é próximo, o da continuidade da atenção, que expressa o resultado de uma atenção coordenada, mas na perspectiva das pessoas usuárias”.

A figura 12 apresenta o modelo de Gestão Integral da Saúde Centrada na pessoa idosa na sua totalidade. As tecnologias da micro e da macrogestão

da saúde são indissociáveis e têm igual importância para o sucesso do modelo. O modelo incorpora tecnologias de saúde consideradas custo-eficazes e que são centradas na pessoa idosa e sua família. A prevenção quaternária é altamente valorizada no modelo por ser considerada a intervenção mais impactante na saúde da pessoa idosa e da redução dos custos assistências.

*Cuidado Centrado na
Pessoa Idosa: Manejo
da Multimorbidade
e da Fragilidade*

PROGRAMA DE NAVEGAÇÃO

O PN é o conjunto de tecnologias utilizadas para facilitar o percurso assistencial do indivíduo, com o objetivo de minimizar as barreiras de acesso presentes nas redes de atenção à saúde e garantir o acesso ao “Cuidado Certo”. É uma estratégia de gestão de casos, que é um processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso e uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa, com o objetivo de planejar, monitorar e avaliar as opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com suas necessidades e possibilidades, com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade, humanizada, capaz de maximizar a autonomia e a independência da pessoa idosa e reduzir a sobrecarga familiar e os custos assistenciais. O navegador ou gestor de caso tem função primordial à advocacia do paciente, que consiste em alinhar suas expectativas, desejos e preferências, facilitar a comunicação entre os vários prestadores de serviços envolvidos no trabalho interdisciplinar, empoderar o paciente para o autocuidado e cuidado familiar e coordenar a o cuidado em toda a rede. Pode ser implementado por qualquer profissional de saúde desde que devidamente qualificado para essa função. Esse profissional pode estar diretamente envolvido na assistência profissional à saúde do indivíduo (*Hands-on*) ou não (*Hands-off*) (Mendes, 2019).

Usualmente, a enfermagem assume a função de “profissional navegador” (*nurse navigator*), mas outros profissionais podem implementá-la ou, até mesmo, voluntários leigos. Em janeiro de 2024, o Conselho Federal de Enfermagem normatizou a atuação do enfermeiro navegador, inserida nas Práticas Avançadas de Enfermagem. Segundo a norma, o enfermeiro navegador é um

[...] profissional de práticas avançadas que, com autonomia e prática ampliada, desempenha o papel de gestor de cuidados, de educador em saúde, de auxiliar pacientes e suas famílias a enfrentar obstáculos biopsicossociais, e assim favorece o atendimento oportuno.

De acordo com Siqueira e colegas (2022), “o navegador é o gestor do cuidado fornecendo suporte aos pacientes a transpor barreiras biopsicossociais e financeiras, atuando junto ao paciente e família, focando no cuidado centrado”. Essa revisão integrativa mostrou predomínio dos PN direcionados a pacientes oncológicos e, em especial, para o câncer de mama. Outras condições de saúde foram incluídas nos PN, como outras doenças crônicas não transmissíveis (diabetes mellitus, doença inflamatória intestinal e outras doenças complexas), doenças crônicas transmissíveis (infecção pelo HIV, hepatite virótica), transição do cuidado e cuidado paliativo. Em oncologia, o enfermeiro atua na avaliação das necessidades, construção e implementação dos planos de cuidado, melhorando a triagem, o diagnóstico e o tratamento, com forte impacto na adesão ao tratamento e na superação de barreiras individuais do paciente e do sistema de saúde. O enfermeiro navegador “age como uma ponte, interligando pacientes e sistema de saúde, permitindo-os ter a oportunidade de ser o protagonista do seu cuidado, influenciando positivamente nas experiências, gerando relação de gratidão e reconhecimento ao profissional”.

Em 2020, Pautasso e colegas propuseram um PN para pacientes oncológicos adaptado à realidade brasileira, com a definição de critérios para a inclusão em PN (Escala de Avaliação de Necessidade de Navegação – EANN) e sistematização das atribuições dos navegadores. A EANN foi considerada indispensável para selecionar melhor os pacientes a serem incluídos no PN oncológico e garantir a custo-efetividade (Quadro 7).

QUADRO 7 – Escala de Avaliação de Necessidade de Navegação

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE NECESSIDADE DE NAVEGAÇÃO			
CATEGORIA	QUESTIONAMENTOS CHAVE DIRECIONADOS AOS PACIENTES	CRITÉRIOS	PTS
Entendimento do paciente em relação ao diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> O que seu médico lhe falou sobre o que é o seu problema de saúde? Se sim, o que ele (ela) lhe disse? De tudo que foi dito, o que você entendeu? 	Compreende o seu diagnóstico	1
		Compreende parcialmente o diagnóstico	2
		Paciente não compreendeu nada ou a maior parte do que lhe foi dito sobre o seu diagnóstico	3
Capacidade de comunicação	Observar a capacidade de comunicação do paciente durante as suas respostas aos questionamentos: <ul style="list-style-type: none"> Há algumas barreiras físicas que impossibilite? Há barreiras de linguagem, cognitivas ou culturais, que dificultem, parcial ou completamente, a sua capacidade de comunicação? 	Sem dificuldade de comunicação	1
		Apresenta alguma dificuldade de comunicação	2
		Não consegue se comunicar	3
Entendimento da trajetória de tratamento	<ul style="list-style-type: none"> O seu médico lhe falou sobre como será seu tratamento? Se sim, o que ele falou? Você entendeu o que lhe foi dito? Se sim, o que você entendeu? Você sabe quais serão as etapas do seu tratamento e como elas irão ser realizadas? 	Compreende bem a trajetória de tratamento	1
		Compreende parcialmente a trajetória de tratamento	2
		Não compreende a trajetória de tratamento	3
Capacidade de organização para realização do tratamento	<ul style="list-style-type: none"> Você tem alguma dificuldade para vir nas consultas, tratamentos, e/ou para realizar exames? Se sim, quais são elas? Você gostaria de receber ajuda de alguém para organizar seus horários de consultas, tratamentos e exames? Se sim, como esta pessoa poderia ajudar? 	Paciente consegue se organizar para comparecer as consultas, tratamentos e/ou para realização de exames necessários	1
		Paciente tem dificuldade em se organizar para comparecer as consultas, tratamentos e /ou realização de exames necessários e necessita de auxílio para isso	2

QUADRO 7 – Escala de Avaliação de Necessidade de Navegação

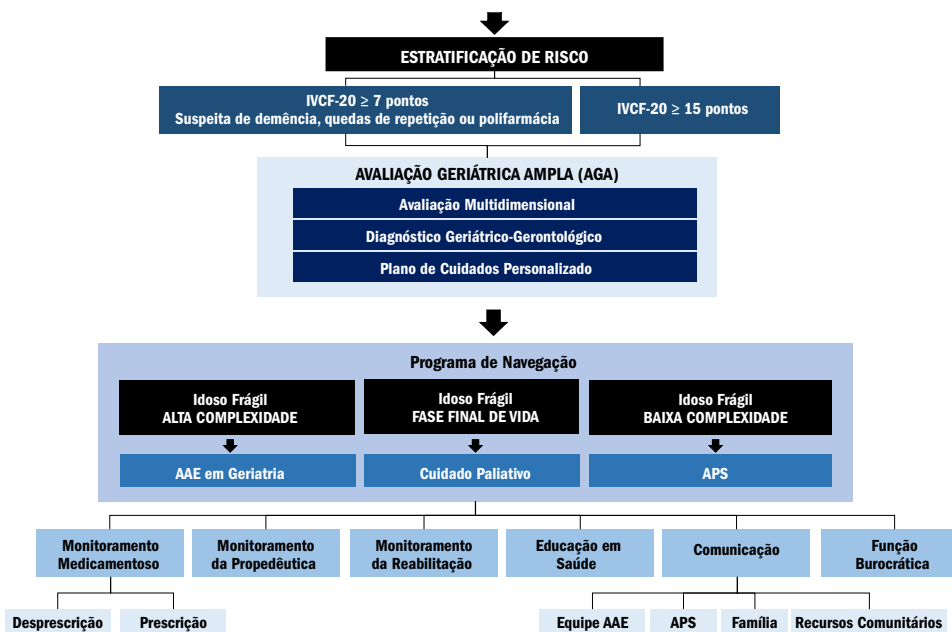
ESCALA DE AVALIAÇÃO DE NECESSIDADE DE NAVEGAÇÃO			
CATEGORIA	QUESTIONAMENTOS CHAVE DIRECIONADOS AOS PACIENTES	CRITÉRIOS	PTS
Acesso aos serviços/ sistema de saúde (condições de transporte, deslocamento entre os serviços necessários ao seu tratamento dentro e fora da instituição de saúde)	<ul style="list-style-type: none">Você tem alguma dificuldade de ir ao hospital e/ou outro local (ambulatórios, centros de diagnóstico por imagem, laboratórios, outros hospitais) para realizar o seu tratamento? Se sim, qual (is)?Você sabe onde fica o hospital e os setores no qual você faz seu tratamento? Se sim, onde?Você tem algum transporte (público ou privado) para vir ao hospital? Se sim, qual?Você tem como ir ao hospital e/ou outros locais para realizar o seu tratamento?Se sim, como você vai até lá?	Tem facilidade em acessar o serviço por meio de transporte (público ou privado) e sabe localizar o local (hospital ou outro serviço) do seu tratamento	1
		Tem facilidade em acessar o transporte (público ou privado) para se deslocar até o serviço de saúde e dificuldade em localizar o hospital/serviço do seu tratamento (outros motivos)	2
		Dificuldade em acessar um transporte (público ou privado) para se deslocar ao hospital/serviço para o tratamento e dificuldade para se deslocar até o local (hospital/setor) para o tratamento	3
Apoio/suporte familiar	<ul style="list-style-type: none">Você vem acompanhado de algum familiar e/ou cuidador quando vem nas consultas e/ou realizar o seu tratamento? Se sim, quem?Você tem apoio familiar, amigo (a) e/ou cuidador durante a realização do tratamento? Se sim, quem?Com quem conversa, além dos profissionais do hospital/serviço, sobre o seu problema de saúde, tratamento e sobre as mudanças que estão ocorrendo?	Há apoio e acompanhamento total: a família/cuidador participam das decisões e dos cuidados e acompanham o paciente em todos os momentos do tratamento	1
		Há apoio e acompanhamento parcial: família/cuidador participam das decisões e dos cuidados acompanham o paciente em alguns momentos do tratamento	2
		Ausência de apoio: paciente não tem familiar/cuidador que participa e acompanha o seu tratamento	3
PONTUAÇÃO TOTAL			
Navegação Nível 1: Navegação realizada por um navegador acadêmico e um navegador profissional na maior parte do tempo, com suporte do enfermeiro navegador.	Navegação Nível 2: Navegação realizada pelo enfermeiro	LEGENDA Pontuação Mínima: 6 Pontos Pontuação Máxima: 17 Pontos	6 a 9 pontos: Sem necessidade de navegação
			10 a 12 pontos: Necessidade de navegação nível 1
			13 a 17 pontos: Necessidade de navegação nível 2

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

O PN contribui significativamente para otimizar as estratégias de melhoria contínua da qualidade, vinculação, continuidade do cuidado, organização, acesso ampliado e coordenação do cuidado. No cuidado de pacientes com 60 anos ou mais, o PN permite a integração entre a micro e a macrogestão da clínica. Nesse modelo, o profissional navegador pode ser enfermeiro, assistente social e qualquer outro profissional da equipe interdisciplinar. Dessa forma, o profissional navegador deve ter um conhecimento profundo do Modelo Multidimensional de Saúde da Pessoa Idosa e na sua operacionalização em nível individual (microgestão da clínica) e coletivo (macrogestão da clínica) (Figura 13).

A estratificação de risco, por meio da aplicação do IVCF-20 pela APS, é a etapa inicial de todo processo. Pessoas idosas com condição crônica de maior complexidade (IVCF-20 ≥ 15 ou ≥ 7 pontos com suspeita de demência, quedas de repetição e polifarmácia) devem ser submetidas à AGA, composta por avaliação multidimensional, diagnóstico geriátrico-gerontológico e elaboração do PCP.

FIGURA 13 – Programa de Navegação adaptado à Pessoa Idosa



FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

O PCP deve ser complementado pelo Plano de Navegação, que consiste nas estratégias necessárias para obter a estabilização do paciente. Por sua vez, o Plano de Navegação deve conter as ações a serem implementadas pelo profissional navegador, nos seguintes aspectos (Quadro 8):

- **Monitoramento de Medicamentos:** ações indicadas para a desprescrição de medicamentos inapropriados e/ou fúteis com o objetivo de aumentar a adesão e segurança do paciente. De igual importância, os medicamentos prescritos devem ser monitorados, com ênfase em acesso, adesão e monitoramento dos benefícios percebidos pelo paciente e pela família e no acompanhamento das RAM.

- **Monitoramento da Propedêutica Complementar:** consiste em monitorar a realização dos exames e a disponibilização dos resultados durante o acompanhamento clínico do paciente.

- **Monitoramento da Reabilitação:** corresponde a eliminar as barreiras para o acesso ao programa de reabilitação definido no PCP, garantindo a adesão e o acompanhamento dos resultados.

- **Autocuidado Apoiado/Cuidado Familiar:** estimular o autocuidado apoiado é uma das principais funções do profissional navegador. É uma tecnologia de intervenção educacional e de apoio realizada pela equipe de saúde com o intuito de aumentar a habilidade e a confiança das pessoas em gerenciar suas condições de saúde. Tem por objetivo preparar e empoderar cada pessoa para autogerenciar sua saúde e a atenção que lhe é prestada, transformando a pessoa usuária em protagonista do gerenciamento do seu cuidado, e, assim, contribuir para mudança de comportamento, tendo em vista a incorporação de hábitos saudáveis de vida (Mendes, 2019). O Plano de Navegação deve oferecer condições e dar apoio material para o desenvolvimento de novos conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para a implementação das decisões compartilhadas. As mudanças do estilo de vida e o engajamento no processo terapêutico exigem esforço enorme do paciente e de sua família. Em pessoas idosas frágeis ou dependentes para as AVD, o “autocuidado” é direcionado para o cuidador e os familiares (Cuidado Familiar), que devem aprender as tecnologias indicadas para o manejo das Grandes Síndromes Geriátricas (Moraes; Azevedo, 2016).

- **Educação em Saúde:** consiste em empoderar o paciente e família quanto ao diagnóstico, tratamento e prognóstico, esclarecendo dúvidas e facilitando o seu engajamento na aliança terapêutica.

- **Comunicação:** traduz-se em facilitar a integração e a comunicação efetiva entre o paciente, família e todos os profissionais envolvidos no cuidado.
- **Função burocrática:** corresponde a eliminar barreiras de acesso a relatórios, prescrições, pedido de exames, marcação de consultas subsequentes, organização e disponibilização do PCP a todos os profissionais envolvidos no cuidado.

QUADRO 8 – Plano de Navegação aplicado ao cuidado à pessoa idosa

PLANO DE NAVEGAÇÃO		
Monitoramento Medicamentoso	Desprescrição	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reforçar a importância da suspensão ou substituição de determinados medicamentos, conforme o plano de cuidados. ▪ Monitorar o aparecimento das reações da retirada de medicamentos (recrudescência, abstinência e rebote).
	Prescrição	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar e superar barreiras para melhorar a prática e os resultados do tratamento medicamentoso. ▪ Impulsionar a adesão ao tratamento através de ações educativas; ▪ Explicação sobre as possibilidades de acesso a medicamentos: farmácia básica, farmácia popular, programa de alto custo e judicialização. ▪ Esclarecimento sobre o uso corretos de medicamentos: inalatórios, parenterais, medicamentos potencialmente perigosos (anticoagulantes, hipoglicemiantes, anticonvulsivantes etc.). ▪ Acompanhamento das RAM. ▪ Estimulação para a adesão e uso corretos dos medicamentos, conforme a prescrição médica.
Monitoramento da Propedêutica		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitorar a marcação e realização dos exames complementares solicitados. ▪ Monitorar o resultado dos exames. ▪ Disponibilizar o resultado dos exames complementares da consulta médica subsequente. ▪ Orientar sobre a importância da organização dos exames complementares.
Monitoramento da Reabilitação		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar e superar barreiras para melhorar a prática e os resultados do trabalho de reabilitação interdisciplinar. ▪ Acompanhar o processo de reabilitação e a percepção de melhora do paciente e família.

QUADRO 8 – Plano de Navegação aplicado ao cuidado à pessoa idosa

PLANO DE NAVEGAÇÃO	
Autocuidado Apoiado/ Cuidado Familiar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gerar conhecimentos e habilidades para que a pessoa usuária identifique os seus problemas; decida e escolha as possíveis soluções; adote, mude e mantenha comportamentos que contribuam com uma vida saudável. ▪ Instrumentalizar a pessoa usuária para utilização dos recursos necessários à mudança de comportamento e à superação das barreiras que se antepõem à melhoria da sua saúde. ▪ Desenvolver a corresponsabilidade por sua própria saúde, implicando em uma colaboração estreita entre a equipe de saúde e a pessoa usuária com condição crônica para conjuntamente: definirem os problemas a serem enfrentados; estabelecerem as metas a serem alcançadas; instituírem o plano de autocuidado. ▪ Instrumentalizar o cuidador e familiares para o manejo correto das principais incapacidades presentes nos idosos frágeis, com o objetivo de qualificar o cuidado e minimizar o fardo do cuidador.
Educação em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Empoderar pacientes através da educação personalizada, reforçando sua autonomia no tratamento e na tomada de decisão. ▪ Garantir uma comunicação adequada e culturalmente sensível com pacientes e família. ▪ Fornecer esclarecimentos sobre as causas do problema e sua evolução. ▪ Responder a todas as dúvidas e sentimentos do paciente sobre a doença, checando o conhecimento do paciente sobre a doença. ▪ Checar a compreensão e a aceitação do paciente sobre seus problemas. ▪ Descrever os objetivos terapêuticos e opções de tratamento existentes ou não. ▪ Checar o conhecimento prévio do paciente sobre o tratamento proposto. ▪ Checar a compreensão do paciente sobre o tratamento proposto. ▪ Esclarecer as preferências do paciente e compromissos terapêuticos. ▪ Negociar um plano de cuidados compartilhado, antecipando problemas e soluções. ▪ Estratégias de manutenção e prevenção de recaídas: visitas subsequentes e/ou contato telefônico para estimular a aderência ao tratamento proposto.

QUADRO 8 – Plano de Navegação aplicado ao cuidado à pessoa idosa

PLANO DE NAVEGAÇÃO		
Educação em Saúde		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discutir a importância da decisão compartilhada das metas terapêuticas. ▪ Estimular a mudança no estilo de vida: dieta, atividade física, uso adequado de medicamentos, prevenção de quedas e segurança ambiental.
Comunicação	Equipe Interdisciplinar (AAE)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ser o elo entre pacientes, cuidadores, equipe assistencial e instituição de saúde, favorecendo o engajamento e fortalecendo os vínculos. ▪ Monitorar a realização de encaminhamentos internos para outros serviços.
	Hospital	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanhar a necessidade de atendimento de urgência e/ou internação hospitalar, garantindo o acesso ao PCP ▪ Garantir a marcação rápida de consulta subsequente após alta hospitalar.
	APS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encaminhar o PCP para a Unidade Básica de Saúde de referência. ▪ Confirmar a entrega do PCP para a ESF e/ou Nasf. ▪ Esclarecer as dúvidas diagnósticas e terapêuticas para a ESF responsável pela gestão do caso.
	Família	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar reunião entre os familiares para esclarecimento de dúvidas quanto ao diagnóstico, prognóstico e as intervenções sugeridas. ▪ Orientar os familiares cuidadores para maior qualificação. ▪ Realizar avaliação ambiental em idosos com risco de quedas. ▪ Propor adaptações ambientais, quando houve necessidade.
	Recursos Comunitários e de Assistência Social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar a presença de recursos comunitários que podem ser úteis para o paciente e familiares: grupos de terceira idade ou de convivência, igrejas e similares, academia da cidade, AA, atividades voluntárias etc. ▪ Discutir os direitos da pessoa idosa em relação à maximização de benefícios previdenciários ou de assistência social, isenção de imposto de renda, benefícios de redução de IPI, dentre outros.

QUADRO 8 – Plano de Navegação aplicado ao cuidado à pessoa idosa

PLANO DE NAVEGAÇÃO	
Função Burocrática	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar registros de consultas, avaliações e intervenções da navegação em prontuário. ▪ Colaborar com a gestão da navegação na elaboração e implementação de indicadores de desfecho clínico, experiência do paciente e retorno sobre investimento para avaliação do impacto e sustentabilidade da navegação ▪ Coletar os dados do PN, participando da análise dos resultados e implementação de melhorias. ▪ Garantir a adesão do paciente às consultas subsequentes e remarcar a consulta em caso de impossibilidade de comparecimento. ▪ Monitorar a finalização do PCP em tempo adequado.

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA.

*Cuidado Centrado na
Pessoa Idosa: Manejo
da Multimorbidade
e da Fragilidade*

REFERÊNCIAS

ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES. **Multimorbidity: a priority for global health research.** London: Academy of Medical Sciences, 2018. Disponível em: <https://acmedsci.ac.uk/file-download/82222577>. Acesso em: 18 mar. 2019.

ATENÇÃO INTEGRADA PARA A PESSOA IDOSA (ICOPE). **Orientações sobre a avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária.** Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde; 2020. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

BARNETT, K.; MERCER, S. W.; NORBURY, M. *et al.* Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. **Lancet**, [s. l.], v. 380, p. 37-43, 2012.

BARRA, R. P *et al.* Fragilidade e espacialização de pessoas idosas do município de Uberlândia. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 57, n. 3, p. 1-11, 2023.

BISOGNANO, M.; KENNEY, C. **Pursuing the triple aim: seven innovators show the way to better care, better health, and lower costs.** San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 2012.

BODENHEIMER, T.; WAGNER, E. H.; GRUMBACH, K. Improving primary care for patients with chronic illness. **JAMA**, Chicago, v. 288, p. 1775-1779, 2002.

BOERS, M.; CRUZ, J. A New Concept of Health Can Improve the Definition of Frailty. **Calcified Tissue International**, [s. l.] v. 97, n. 52, p. 429-431, 2015.

BOULT, C.; WIELAND, G. D. Comprehensive primary care for older patients with multiple chronic conditions. **JAMA**, Chicago, v. 304, p. 1936-1943, 2010.

BRIGGS, R. *et al.* Comprehensive Geriatric Assessment for community-dwelling, high-risk, frail, older people. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], v. 5, n. 5, p. CD012705, 2022.

BRITISH GERIATRICS SOCIETY. Improving Healthcare for older people. **BGS**, [S. l.], 2019. Disponível em: <https://www.bgs.org.uk/topics/cga-in-community-settings>. Acesso em: 5 jan. 2022.

BROWN, P. J. *et al.* The Depressed Frail Phenotype: The Clinical Manifestation of Increased Biological Aging. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, [s. l.], v. 24, n. 11, p. 1084-1094, 2016.

BUNT, S. *et al.* Social Frailty in older adults: a scoping review. **European Journal of Ageing**, [s. l.], v. 14, n. 3, p. 323-334, 2017.

CESARI, M. *et al.* Frailty: an emerging public health priority. **Journal of the American Medical Directors Association**, [s. l.], v. 17, n. 3, p. 188-92, 2016.

CHOI, J. Y. *et al.* Comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary team interventions for hospitalized older adults: A scoping review. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 104, p. 104831, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104831>. Acesso em: 5 jan. 2022.

CLEGG, A. *et al.* Frailty in elderly people. **Lancet**, London, v. 381, n. 9868, p. 752- 762, 2013.

COHEN, C. I. *et al.* Frailty: A Multidimensional Biopsychosocial Syndrome. **The Medical Clinics of North America**, [s. l.], v. 107, n. 1, p. 183-197, 2023.

DONNA, M. D. *et al.* Assessing progress toward becoming a patient-centered medical home: Na assessment tool for practice transformation. **Health Services Research**,[s. l.] v. 48, n. 6, p. 1879-1897, 2013.

ELLIS, G. *et al.* Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], v. 9, n. 9, p. CD006211, 2017.

FRIED, L. P *et al.* Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences**, [s. l.], v. 56, n. 3, p. M146-156, 2001.

GARRARD, J. W. *et al.* Comprehensive geriatric assessment in primary care: a systematic review. *Aging Clinical and Experimental Research*, [s. l.], v. 32, n. 2, p. 197-205, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01183-w>. Acesso em: 5 jan. 2022.

GOBBENS, R. J. J. *et al.* In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts. **Journal of the American Medical Directors Association**, [s. l.], v. 11, n. 5, p. 338-343, 2010.

GORDON, A. L.; MASUD, T.; GLADMAN, J. R. F. Now that we have a definition for physical frailty, what shape should frailty medicine take? **Age and Ageing**, London, v. 43, n. 1, p. 8-9, 2014.

HÉBERT, R. A revolução do envelhecimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3618, 2015. (Editorial).

JANI, B. D. *et al.* Relationship between multimorbidity, demographic factors and mortality: findings from the UK Biobank cohort. **BMC Medicine**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 74, 2019.

KELAIDITI, E. *et al.* Cognitive Frailty: Rational and Definition from an (I.A.N.A./I.A.G.G.) International Consensus Group. **The Journal of Nutrition, Health and Aging**, [s. l.], v. 17, n. 9, p. 726-734, 2013.

KERN, L. M.; EDWARDS, A.; KAUSHAL, R. The Patient-Centered Medical Home and Associations with Health Care Quality and Utilization. **Annals of Internal Medicine**, [s. l.], v. 164, n. 6, p. 395-405, 2016.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: Conass, 2019.

METHODOLOGY COMMITTEE OF THE PATIENT-CENTERED OUTCOMES RESEARCH INSTITUTE (PCORI). Methodological Standards and Patient-Centered-ness in Comparative Effectiveness Research. **JAMA**, Chicago, v. 307, n. 15, p. 1636- 1640, 2012.

MORAES, E. N. **A Arte da (Des)prescrição no Idoso: a dualidade terapêutica**. Belo Horizonte: Ed. Folium, 2018.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p.

MORAES, E. N. Como preparar o sistema de saúde brasileiro para enfrentar o envelhecimento, tendo em vista a mudança do perfil demográfico. **Revista Consensus**, Brasília, v. 10, p. 40-45, 2014.

MORAES, E. N. et al. A new proposal for the clinical-functional categorization of the elderly: Visual Scale of Frailty (VS-Frailty). **The Journal of Aging Research & Clinical Practice**, France, v. 5, n. 1, p. 24-30, 2016a.

MORAES, E. N. et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p. 81, 2016b.

MORAES, E. N. et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20: proposta de classificação e hierarquização entre idosos identificados como frágeis. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v. 22, n. 1, p. 31-5, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/1984-4840.2020v22i1a7>. Acesso em: 5 jan. 2022.

MORAES, E. N. et al. **Usifamília: um modelo inovador de Atenção Integral na Saúde Suplementar**. Belo Horizonte: Folium, 2016c. 306 p.

MORAES, E. N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. Belo Horizonte: Ed. Folium, 2009.

MORAES, E. N.; AZEVEDO, R. S. **Fundamentos do Cuidado ao Idoso Frágil**. Belo Horizonte: Ed. Folium, 2016. 412 p.

MORAES, E. N.; LANNA, F. M. **Avaliação multidimensional do idoso**. 5. ed. Belo Horizonte: Editora Folium, 2016.

MORAES, E. N.; LOPES, P. R. R. **Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa para a Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conass, 2023.

MORAES, E. N.; REIS, A. M. M.; LANNA, F. M. **Manual de Terapêutica Segura no Idoso**. Belo Horizonte: Ed. Folium, 2019.

PAUTASSO, F. F. et al. Nurse Navigator: desenvolvimento de um programa para o Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 28, p. e3275, 2020.

ROCKWOOD, K. et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. **Canadian Medical Association Journal**, [s. l.], v. 173, n. 5, p. 489-495, 2005.

ROCKWOOD, K. et al. Frailty in elderly people: an evolving concept. **Canadian Medical Association Journal**, [s. l.], v. 150, n. 4, p. 489-495, 1994.

ROMERO, D. P. et al. **Propuesta de optimización del modelo de atención para personas com enfermedades crónicas y multimorbilidad em Uruguay**. Brasília, Banco Mundial, 2023.

ROWE, J. W.; FULMER, T.; FRIED, L. Preparing for better health and health care for an aging population. **JAMA**, Chicago, v. 316, n. 16, p. 1643-1644, 2016.

RUBENSTEIN, L. Z. et al. Impacts of Geriatric Evaluation and Management Programs on Defined Outcomes: Overview of the Evidence. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 39, n. 9 pt 2, p. 8S-16S, 1991.

SAINI, V. et al. Drivers of poor medical care. **Lancet**, [s. l.], v. 390, n. 10090, p. 178-190, 2017.

SCHIESARI, L. et al. **Multimorbidade: panorama do Brasil**. Brasília: Banco Mundial, 2023. (Projeto: Melhoria da gestão dos serviços de saúde para pessoas com múltiplas doenças crônicas em três países da América Latina – Brasil, Colômbia e Uruguai).

SCOTT, I. A. Reducing inappropriate polypharmacy the process of deprescribing. **JAMA Internal Medicine**, Chicago, v. 175, n. 5, p. 827-834, 2015.

SIQUEIRA, S. W. A. et al. Atuação do enfermeiro navegador em diferentes áreas da saúde: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, [s. l.], v. 5, n. 5, p. 20775-20770, 2022.

SKOU, S. R. et al. Multimorbidity. **Nature Reviews Disease Primers**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 48, 2022.

THE AMERICAN GERIATRICS SOCIETY EXPERT PANEL ON PERSON-CENTERED CARE. Person-centered care: A definition and essential elements. **JAGS**, [s. l.], v. 64, p. 15-18, 2016

VARGAS, M. C. B. et al. **Propuesta de Modelo de Gestión y Atención Integral de la Salud de las personas com Multimorbilidad y sus Cuidadores-Colombia**. Brasília: Banco Mundial, 2023.

VERONESI, N. et al. Comprehensive geriatric assessment in older people: an umbrella review of health outcomes. **Age and Ageing**, [s. l.], v. 51, p. 1-9, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afac104>. Acesso em: 5 jan. 2022.

VILLACAMPA-FERNÁNDEZ, P. et al. Frailty and multimorbidity: two related yet different concepts. **Maturitas**, [s. l.], v. 95, p. 31-35, 2017.

WAGNER, E. H. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? **Effective Clinical Practice**, Philadelphia, v. 1, n. 1, p. 2-4, 1998.

WAGNER, E. H. et al. The changes involved in patient-centered medical home transformation. **Primary Care**, Philadelphia, v. 39, n. 2, p. 241-259, 2012.

YAMADA, M.; ARAI, H. Social frailty predicts incident disability and mortality among community-dwelling Japanese older adults. **Journal of the American Medical Directors Association**, [s. l.], v. 19, n. 12, p. 1099-1103, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.09.013>. Acesso em: 5 jan. 2022.

Cadernos de Informação Técnica e Memória do CONASS

Conass Documenta

[2024 - CONASS DOCUMENTA 48](#)

Experiência dos LACEN no Enfrentamento da Pandemia de Covid-19

[2023 - CONASS DOCUMENTA 47](#)

Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: Experiências dos Trabalhadores do SUS no Enfrentamento da Covid-19

[2022 – CONASS DOCUMENTA 46](#)

Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Uma Prioridade com Múltiplas Dimensões

[2022 – CONASS DOCUMENTA 45](#)

Projeto de Enfrentamento da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito (e-Transitar)

[2022 – CONASS DOCUMENTA 44](#)

Emergências em Saúde Pública e Vigilância Integrada de Síndromes Respiratórias Agudas

[2022 – CONASS DOCUMENTA 43](#)

Características do Ambiente de Implantação da Estratégia de Planificação da Atenção à Saúde

[2022 – CONASS DOCUMENTA 42](#)

Covitel: um retrato dos impactos da pandemia nos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis

[2022 – CONASS DOCUMENTA 41](#)

Regulação e Contratualização de Serviços Hospitalares no Sus

[2022 – CONASS DOCUMENTA 40](#)

Ciclos de Melhorias na Atenção Primária à Saúde

[2021 – CONASS DOCUMENTA 39](#)

Contribuições para a Avaliação da Efetividade da Planificação da Atenção à Saúde

[2021 – CONASS DOCUMENTA 38](#)

A Atenção Primária à Saúde no SUS: Avanços e Ameaças

[2021 – CONASS DOCUMENTA 37](#)

Pesquisa Multicêntrica Sobre Eventos Adversos Relacionados a Medicamentos

[2020 – CONASS DOCUMENTA 36](#)

Estudos sobre a Planificação da Atenção à Saúde no Brasil 2008 a 2019: uma Revisão de Escopo

[2020 – CONASS DOCUMENTA 35](#)

As Escolas Estaduais de Saúde Pública: contribuições pedagógicas e político-institucionais para o SUS

[2020 – CONASS DOCUMENTA 34](#)

Aprimoramento da Gestão de Segurança do Paciente no Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023

[2020 – CONASS DOCUMENTA 33](#)

Guia de Contratação de Serviços e Aquisição de Soluções em Tecnologia da Informação para a Gestão Estadual do SUS

[2019 – CONASS DOCUMENTA 32](#)

Os desafios da Gestão do Trabalho nas Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil

[2018 – CONASS DOCUMENTA 31](#)

Planificação da Atenção à Saúde: Um Instrumento de Gestão e Organização da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde

[2018 – CONASS DOCUMENTA 30](#)

O Direito Sanitário como instrumento de fortalecimento do SUS:
ênfase na Educação Permanente em Saúde

[2015 – CONASS DOCUMENTA 29](#)

2º Levantamento da Organização, Estrutura e
Ações da Área de Recursos Humanos das Secretarias Estaduais de Saúde

[2015 – CONASS DOCUMENTA 28](#)

Rede de Atenção às Urgências e Emergências:
Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)

[2013 – CONASS DOCUMENTA 27](#)

Seminário Internacional
Atenção Primária à Saúde: Acesso Universal e Proteção Social

[2013 – CONASS DOCUMENTA 26](#)

A Lei n.141/2012 e os Fundos de Saúde

[2012 – CONASS DOCUMENTA 25](#)
1ª Mostra Nacional de Experiências: o Estado e as Redes de Atenção à Saúde

[2012 – CONASS DOCUMENTA 24](#)
Liderança em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde

[2011 – CONASS DOCUMENTA 23](#)
Planificação da Atenção Primária à Saúde – APS

[2011 – CONASS DOCUMENTA 22](#)
Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária à Saúde – Agap

[2010 – CONASS DOCUMENTA 21](#)
As Oficinas para a Organização das Redes de Atenção à Saúde

[2010 – CONASS DOCUMENTA 20](#)
O Desafio do Acesso a Medicamentos nos Sistemas Públicos de Saúde

[2009 – CONASS DOCUMENTA 19](#)
O Sistema Único de Saúde e a Qualificação do Acesso

[2009 – CONASS DOCUMENTA 18](#)
As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e Perspectivas

[2009 – CONASS DOCUMENTA 17](#)
Violência: Uma Epidemia Silenciosa – Seminário Nacional:
Propostas, Estratégias e Parcerias por Áreas de Atuação

[2008 – CONASS DOCUMENTA 16](#)
Violência: Uma Epidemia Silenciosa – Seminários Regionais

[2007 – CONASS DOCUMENTA 15](#)
Violência: Uma Epidemia Silenciosa

[2007 – CONASS DOCUMENTA 14](#)
Gestão e Financiamento do Sistema Único de Saúde

[2007 – CONASS DOCUMENTA 13](#)
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2006/2007

[2006 – CONASS DOCUMENTA 12](#)

Fórum Saúde e Democracia: Uma Visão de Futuro para Brasil

[2006 – CONASS DOCUMENTA 11](#)

Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2005/2006

[2005 – CONASS DOCUMENTA 10](#)

I Encontro do CONASS para Troca de Experiências

[2005 – CONASS DOCUMENTA 9](#)

I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e
Departamentais de Sistemas Sul-Americanos de Saúde

[2005 – CONASS DOCUMENTA 8](#)

Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2003/2005

[2004 – CONASS DOCUMENTA 7](#)

Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária

[2004 – CONASS DOCUMENTA 6](#)

Convergências e Divergências sobre a Gestão e Regionalização do SUS

[2004 – CONASS DOCUMENTA 5](#)

Assistência Farmacêutica: Medicamentos de
Dispensação em Caráter Excepcional

[2004 – CONASS DOCUMENTA 4](#)

Recursos Humanos: Um Desafio do Tamanho do SUS

[2004 – CONASS DOCUMENTA 3](#)

Para Entender a Gestão do Programa de Medicamentos de
Dispensação em Caráter Excepcional

[2004 – CONASS DOCUMENTA 2](#)

Atenção Primária – Seminário do CONASS para Construção de Consensos

[2004 – CONASS DOCUMENTA 1](#)

Estruturação da Área de Recursos Humanos nas
Secretarias Estaduais de Saúde dos Estados e do Distrito Federal

A ideia, ao se reformular o projeto gráfico do *CONASS Documenta*, está diretamente associada à assinatura da publicação – Cadernos de informação técnica e memória do CONASS – que além de não possuir uma periodicidade definida, aborda uma diversidade de conteúdos. A representação da etiqueta e da pasta plástica adotada na capa busca reafirmar o propósito de organizar, armazenar e distribuir o vasto conteúdo que o Programa Progestores se propõe a levar às Equipes Gestoras Estaduais do SUS e a pesquisadores de Saúde Pública por meio do *CONASS Documenta*.

Ao abrir a capa e adentrar a publicação, a marca *CONASS Documenta* dá espaço ao conteúdo, delegando às linhas e à cor a missão de manter a relação entre capa e miolo. As linhas utilizadas no miolo remetem às pautas de fichas e formulários, normalmente armazenados em pastas etiquetadas, mas o faz de forma sutil, buscando não interferir no fluxo de leitura.

O projeto gráfico do miolo é composto com as famílias tipográficas ITC Franklin Gothic Std e Charter BT, possui margens externas generosas a fim de oferecer conforto no manuseio do livro durante a leitura. O título corrente nas páginas pares possibilita a rápida identificação do exemplar quando fotocópias de parte do livro são utilizadas. Nas páginas ímpares, o logotipo *CONASS Documenta* complementa esta identificação. A numeração da página corrente em corpo destacado facilita a busca, e aplicada a cor predominante do volume, com contraste um pouco menor, diferencia-se nitidamente do corpo de texto corrido. O papel é o Alta Alvura, que possibilita um melhor contraste e fidelidade de cor.
