
Instituto SEQUOIA : Um serviço privado, multidisciplinar e de cuidado aos idosos

SEQUOIA Institute: A multidisciplinary private service for the care of senior citizens

L'Institut SEQUOIA : Un service privé multidisciplinaire pour les soins des personnes du troisième âge

Instituto SEQUOIA : Un servicio privado y multidisciplinario de atención a las personas de la tercera edad

Anelise Fonseca, Wallace Hetmanek and Virgilio Garcia

**Electronic version**

URL: <http://journals.openedition.org/factsreports/1033>

ISSN: 1867-8521

Publisher

Institut Veolia

Electronic reference

Anelise Fonseca, Wallace Hetmanek and Virgilio Garcia, « Instituto SEQUOIA : Um serviço privado, multidisciplinar e de cuidado aos idosos », *Field Actions Science Reports* [Online], Special Issue 3 | 2011, Online since 03 October 2011, connection on 01 May 2019. URL : <http://journals.openedition.org/factsreports/1033>

Instituto SEQUOIA: Um serviço privado, multidisciplinar e de cuidado aos idosos

Anelise Fonseca¹, Wallace Hetmanek², Virgílio Garcia³

¹Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/Fiocruz; Universidade do Rio de Janeiro (UNIRio); Inst. Sequoia

²Inst. Sequoia e Universidade Aberta da Terceira Idade (UnAti (UERJ)

³Universidade Aberta da Terceira Idade (CIPI–UnATI–UERJ); Laboratório de Pesquisa em Envelhecimento Humano–GeronLab; Faculdade de Ciências Médicas, UERJ

Resumo. O envelhecimento populacional é uma realidade em todo o mundo, o que requer uma reestruturação na forma de olhar o cuidado e a divisão de recursos para as diferentes faixas etárias. No Brasil existem indicadores atuais e projeções que colocam o país em destaque em número de idosos. Em contrapartida existe uma escassez de modelos de atuação, equipes inter e multidisciplinares, além de políticas públicas e profissionais capacitados para lidar com os idosos, em parte por consequência de um acelerado processo de envelhecimento nos países em desenvolvimento. Dentro deste contexto foi criado o Instituto SEQUOIA (IS) com o objetivo de cuidar deste processo através do olhar para a saúde global dos pacientes, e que possui em sua rotina a atuação clínica, reuniões de equipe, projetos de socialização e palestras. O IS apresenta um crescimento de 10% ao ano na assistência médica, 20% no número de atendimentos psicológicos, além de 50% a mais na participação em palestras.

Keywords. Países em desenvolvimento, envelhecimento, assistência médica, psicologia, educação, geriatria.

O envelhecimento populacional é uma realidade. Envelhecer é um desafio que afeta países ricos e pobres. Estima-se que aproximadamente um milhão de pessoas cruze a linha dos 60 anos a cada mês em todo o mundo. No Brasil, este grupo etário representa hoje cerca de 12% da população, com o montante de 22 milhões de idosos. A projeção de crescimento desse grupo é ainda maior para os anos subsequentes, de forma que a atenção a ele será uma máxima dentro do sistema de saúde pública de acordo com dados do Censo 2010 do IBGE.

O fenômeno do envelhecimento pode ser compreendido através dos termos Transição Demográfica e Transição Epidemiológica. Ambos auxiliam no entendimento das alterações no perfil demográfico da população, ou seja, na forma com que a concentração de pessoas com determinada idade se expande ou se comprime na dinâmica populacional de cada país. Interessante notar que apesar de ser um fenômeno mundial, existem diferenças na percepção do mesmo entre países.

Não só a definição de idoso é diferente nos países desenvolvidos em comparação com os em desenvolvimento, como também o processo de envelhecimento da população. Nos primeiros, é considerado idoso aquele com mais de 65 anos, diferente da definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera a partir dos 60 anos. Nos países desenvolvidos, o processo de envelhecimento levou cerca de 100 anos, já nos países em desenvolvimento, vem se apresentando como um processo abrupto. Camarano afirmou que:

“o envelhecimento populacional é, hoje, um proeminente fenômeno mundial. Isto significa um crescimento mais elevado da população idosa com relação aos demais grupos etários. O crescimento relativamente mais elevado do contingente idoso é resultado de suas mais altas taxas de crescimento, em face da alta fecundidade prevacente no passado comparativamente à atual e à redução da mortalidade. Enquanto o envelhecimento populacional significa mudanças na estrutura etária, a queda da mortalidade é um processo que se inicia no momento do nascimento e altera a vida do indivíduo, as estruturas familiares e a sociedade. (CAMARANO. http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2002/td_0858.pdf– acesso em 24 de out de 2009)”

No Brasil, por exemplo, a rapidez deste processo pode ser percebida pela modificação da expectativa média de vida de 43,2 anos em 1950 para 68,5 anos em 2000, em outras palavras, uma diferença de 25 anos e 3 meses na expectativa de vida ao nascer em apenas meio século de história do país. As projeções indicam que entre 2000 e 2050, a população total brasileira deverá crescer cerca de 50%, sendo que o idoso desempenhará um papel preponderante nestas estimativas. Carvalho e Wong (2008) afirmaram que, ao analisar a trajetória da estrutura etária brasileira, o Brasil apresenta um dos ritmos mais acentuado de crescimento. De 3,1%, em 1970, as pessoas com 65 ou mais anos de idade deverão corresponder, em 2050, a aproximadamente 19% da população brasileira.

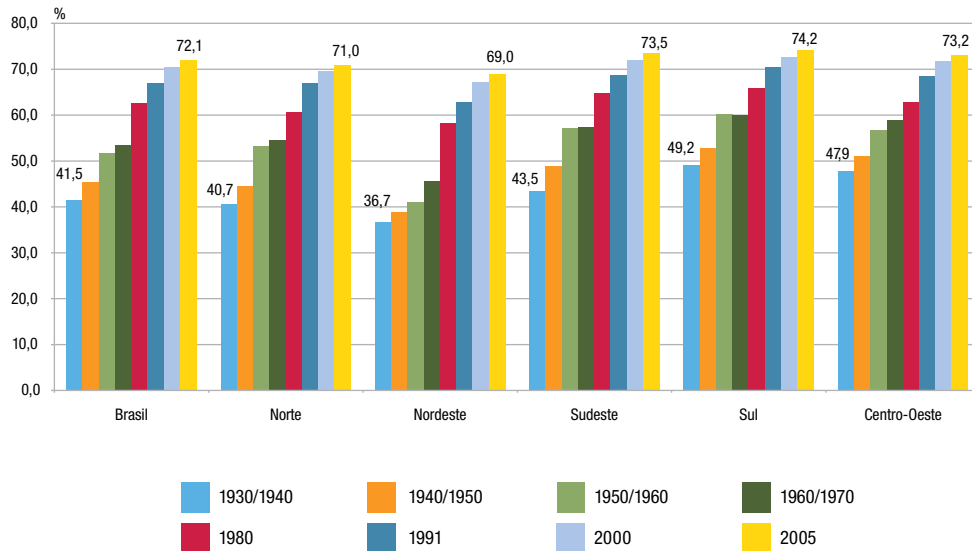


Gráfico 1. Esperança de vida ao nascer, segundo as Grandes Regiões–1930/2005

Fontes: IBGE, Censo Demográfico 1940/2000 e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2005

Enquanto 17% dos idosos, de ambos os sexos, em 2000, tinham 80 anos ou mais de idade, em 2050 corresponderão, provavelmente, a aproximadamente 28%. Veras (1994) afirmou que, por conta de melhorias nos indicadores de morbimortalidade e sociais, a longevidade é um fato e cada vez mais norteia os estudos. Em junho de 2009, a revista inglesa *The Economist* publicou uma matéria especial sobre o envelhecimento mundial demonstrando o seu impacto na economia, políticas públicas e área de saúde. Nota-se que estas mudanças alteram o cotidiano de uma sociedade no que tange, por exemplo, infraestrutura, transporte e serviços, e por isso há a necessidade de adaptação ao contingente desses novos 650 mil novos idosos por ano no país por partes do governo e de profissionais prestadores de serviço. Apesar do rápido crescimento da população idosa, o Brasil ainda encontra-se bastante limitado quanto a atenção à população idosa. Há 1000 geriatras, médicos especializados na saúde do idoso, com credenciais para atenção a esta população. Este dado mostra uma relação de um geriatra para cada 22 mil idosos no Brasil segundo dados da SBGG (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia).

A preocupação com a saúde do idoso surge porque estes são os responsáveis pela maior prevalência de doenças crônico-degenerativas ou também denominadas doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT). O desgaste fisiológico, fatores genéticos e hábitos de vida são fatores que contribuem para que, com o passar dos anos, essas enfermidades estejam presentes em maior número nesta população. A OMS afirma que as DCNT são responsáveis por 60% das mortes e incapacidade em todo o mundo, numa escala progressiva, podendo chegar a 73% de todas as mortes em 2020. Em 2001, no Brasil, as DCNT foram responsáveis por 62% de todas as mortes e 39% de todas as hospitalizações registradas no Sistema Único de Saúde. Dentre as doenças crônicas com maior prevalência entre os idosos, destacam-se: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes melítus (DM), infecções,

depressão e as neoplasias. Como são doenças incuráveis, o tratamento objetiva a manutenção de uma qualidade de vida sendo as complicações alvos de preocupação, pois as consequências advindas destas patologias podem ser fatais.

A atenção a saúde dos idosos torna-se portanto um desafio e somente através de um olhar crítico à oferta de serviços de saúde praticados no país aliado a uma proposta de cuidados corajosa, é possível desenvolver estratégias de sucesso na atenção à saúde desta população. Goldstein e Meier afirmaram que na gestão da saúde dos idosos as ações deveriam estar direcionadas para a manutenção do estado funcional, com o intuito de identificar e tratar as grandes síndromes geriátricas, a fragilidade e as mudanças fisiológicas que acompanham o envelhecimento.

Dentro deste contexto e preocupados com esta premente questão, foi criado o Instituto SEQUOIA (IS). Denominado SERVIÇO PARA ENVELHECIMENTO COM QUALIDADE DE IDOSOS E AFINS foi desenhado como um projeto direcionado aos cuidados dos idosos e todos aqueles envolvidos no processo do envelhecimento com qualidade. O objetivo deste projeto vai além da abordagem médica atual, direcionada somente aos portadores de doenças, engloba também todos aqueles interessados na longevidade com qualidade, mirando um alvo maior: a saúde global de seus participantes. A idéia surgiu em 2007 e implantado após 6 meses, em 2008, estimulado a partir de um contrato firmado entre a sócia-fundadora com uma operadora de saúde. Esta elaborou e desenvolveu um programa de gerenciamento aos portadores de doenças crônicas com a intenção de redução dos custos através de um médico-vinculador. Este profissional seria responsável por acompanhar um número limitado de clientes e enviar relatórios clínicos a cada atendimento para que a empresa pudesse acompanhar os indicadores de resultado em paralelo com o financeiro. Esta modalidade de atendimento passou a fazer parte de um portfólio de programas denominado “Viva Melhor”, oferecidos por esta empresa de

Saúde, pertencente a uma fundação de seguridade social dos servidores públicos da cidade do Rio de Janeiro. Uma de suas peculiaridades é englobar uma grande quantidade de indivíduos acima de 65 anos. Este programa foi fundamental para o alicerce do projeto IS, já que o mesmo viabilizou a sustentação financeira para outras atividades do programa além da consulta individual. A sede do IS está presente na cidade do Rio de Janeiro, no bairro da Tijuca, zona norte, cujo quantitativo médio de idosos está em torno de 36.000 pessoas; a média de renda salarial é de 15 a 20 salários-mínimos e possui a maior densidade demográfica de médicos da cidade.

A Geriatria e a Gerontologia são as ferramentas da ciência utilizadas pelo IS na atenção a seus pacientes. No entender do grupo, é o Psicólogo o profissional eleito para propor, junto ao Geriatra, intervenções e abordagens da saúde mental, já que, através de sua competência técnica, é capaz de captar as nuances que envolvem a psiquê do envelhecimento inerentes ao indivíduo. O mote do IS é partilhar a condição de saúde do indivíduo através da orientação e direcionamento participativo de seus hábitos e atitudes perante a saúde e doença, incentivando-o ao auto-cuidado, estimulá-lo a vencer suas barreiras emocionais e se dispor a acompanhar em conjunto os desafios do envelhecimento. O reconhecimento destas condições por parte do indivíduo pode propiciar melhor compreensão e redução da carga da Doença Crônica nos pacientes idosos e por isso, a atitude preventiva é o cerne deste conceito. Como as DCNT não são passíveis de cura, seu tratamento objetiva a manutenção de uma qualidade de vida almejada pelo idoso prevenindo complicações passíveis de ocorrer na presença destas enfermidades.

A execução do trabalho do IS é realizada por uma equipe multiprofissional, atuando de forma interdisciplinar, com a participação dos profissionais em projetos coletivos cujo apoio e intercâmbio de conhecimentos é o diferencial para o suporte assistencial. Nesta forma de cuidado, ao contar com diversas áreas do conhecimento relacionadas ao envelhecimento, somos vários observadores que, em conjunto, conseguem descrever adequadamente a melhor abordagem ao paciente. Esta proposta, do ponto de vista de gestão, traz melhores respostas quantitativas e qualitativas, e assim, atingindo os indicadores de resultado com sucesso.

A rotina clínica do IS consiste em acompanhar o processo do envelhecimento dos nossos pacientes através do atendimento clínico regular e também junto às atividades de promoção de saúde. Estas se dão através de um ciclo de palestras e as oficinas focadas em temas predeterminados e ou oriundas das solicitações dos próprios assistidos. Na consulta inicial com o Geriatra se faz todo um inquérito de saúde, englobando toda história clínica, seja atual ou pregressa, história familiar, hábitos e costumes, lazer, ações de prevenção pontuais e sintomas que prejudicam seu dia-dia. No exame físico deste paciente, medidas como peso e altura, aferição de pressão e toda abordagem de verificação de alguma anomalia é realizada. O objetivo da consulta é abordar tanto questões pertinentes da saúde física, como também rastrear condições peculiares do envelhecimento.

Em um segundo momento, quando há demanda espontânea ou indicação do geriatra, o idoso segue para a consulta com o psicólogo a fim de avaliar a condição da saúde mental.

Nesta consulta são abordados hábitos e atitudes perante a saúde e o dia a dia englobando, não somente o paciente, mas também seus familiares. Uma entrevista é realizada, apresentada a proposta de trabalho e coletada indicadores de início do acompanhamento. Ao final de 3 meses, há uma primeira reavaliação, com a coleta dos mesmos indicadores, para a compração.

Por fim, caso haja necessidade, outros profissionais poderão participar da avaliação, dentre eles o nutricionista, o neuropsicólogo e o fisioterapeuta, contribuindo para esta abordagem ampla de avaliação da saúde. Cada profissional emite seu parecer com o levantamento dos problemas e sugestões de acompanhamento.

Após as consultas uma reunião é realizada entre os profissionais gerando, após este encontro, um plano de atenção individualizado, respeitando a autonomia e anseios dos pacientes. Neste plano de atenção, são apontados os acertos, os ajustes e os desafios que o idoso deverá se comprometer em realizar para que possa obter o que deseja. A equipe esclarece que estará a disposição para eventos e dúvidas, porém enfatiza que é de fundamental importância o empenho do paciente. Este é chamado para ser apresentado ao plano e concretizar o compromisso, estando ciente do que deverá ser feito e dos retornos as consultas para acompanhamento das metas estipuladas. O tempo deste retorno das consultas varia de encontros semanais até intervalos de quatro a seis meses, na dependência do profissional que estará realizando o acompanhamento. O IS compreende que para um gerenciamento de saúde ter sucesso é preciso que a frequência às consultas seja sistemática com o intuito da motivação constante e detecção precoce de agravos. Nas palavras de Robert Butler: *“O conhecimento por si só, não gera mudança de atitude. É necessária a ação contínua do profissional e a motivação do paciente na árdua tarefa do cuidado de suas Doenças Crônicas”*

Além dos encontros pessoais, atividades relacionadas à promoção de saúde, direcionadas ao auto-cuidado e ao desenvolvimento de uma rede de amparo social são ofertadas a todos os pacientes, dentre elas: o Ciclo de Palestras, a Oficina de Ikebana, o “Tricotando sobre o Envelhecer”, o “Encontro para se encontrar” e o “Curso de Cuidadores para familiares de Idosos”, ambas as atividades voltadas aos cuidadores dos idosos, e também o “Memória de Sequoia”, uma atividade de estímulo cognitivo. Todas estas atividades tem um cunho social, agregam valor ao Plano de Atenção à saúde proposto individualmente, vincula o paciente com a proposta do IS e cumpre o papel motivacional, educador e orientador para a longevidade com qualidade. Em todos estes encontros o fomento a auto-percepção da saúde e principalmente, da condição clínica são constantemente estimulados para que o objetivo final não seja perdido. Os pacientes deixam de ser agentes passivos para se tornarem atores assíduos no processo decisório da sua relação que envolve condição saúde-doença.

Apesar do ideal focado em bases científicas e a motivação de toda equipe abraçando a missão e valores do IS, muitos problemas são vivenciados no dia-a-dia. Em alguns idosos observamos uma recusa peremptória ou uma falta de interesse na participação do programa de Gerenciamento

de Saúde. Em outros a negação do próprio envelhecimento e sua doença é nítida. Dificuldades de deslocamento até para as consultas habituais, ou mesmo a baixa frequência nas atividades extra-ambulatorio são elementos observados por grande parte dos profissionais que lidam com o acompanhamento de doenças crônicas. Modelos assistenciais atuais nos mostram que muitas vezes o paciente deposita a “resolução de seu problema”, cura, ou melhoria de seus sintomas crônicos, nas mãos dos terapeutas. O novo modelo assistencial proposto pelo IS confirma uma mudança paradigmática desta realidade, apontando o surgimento de agentes-ação. A responsabilidade da relação de sua saúde-doença é partilhada com o profissional e não exclusivamente este é o responsável direto pelo bem estar do paciente. Cabe ao profissional direcionar o melhor caminho para que o idoso possa seguir, no entanto, é de juízo deste último escolher trilhar ou não o caminho sugerido. Nós, do IS, acreditamos que é através da percepção do paciente diante de suas experiências ao longo de sua trajetória que transforma todo um estilo de vida. Fatores intrínsecos como preferências alimentares, desejos e até mesmo necessidades oriundas de uma evidente dependência química devem ser considerados. Em paralelo, são confrontados também os fatores extrínsecos como os aspectos culturais, antropológicos, do ambiente sócio-econômico e psicológico do indivíduo.

Quando o problema não está no paciente, a família apresenta-se como a melhor aliada ou a pior algoz. Raiva, medo, negação de algum processo patológico em curso e a desconfiança quanto a medidas preventivas em saúde são alguns dos exemplos enfrentados no IS e também encontrados em outros serviços. No entendimento de que a doença é experimentada de forma coletiva e não individualmente, os membros da família correm riscos, tais como: de adoecer junto com o paciente, de ter a sensação de ruptura pela doença instaurada ou de descontinuidade da história da vida. Observamos que, mesmo estando o paciente ciente das intenções do IS, a adesão ao programa depende da capacidade de persuasão da equipe. Trabalhos sobre aderência terapêutica mostram a dificuldade de acompanhamento entre uma parcela de doentes crônicos e apontam também que, dos que aderem à proposta terapêutica, seja ela o uso de drogas ou auto-monitoramento do cuidado, as taxas de reinternação, mortalidade, capacidade funcional entre outros inúmeros benefícios são observados.

Do ponto de vista estrutural ainda há uma carência para atenção aos idosos com maior complexidade clínica e que precisa ser resolvida. No que tange o atendimento individual, em sala, o desafio é para os usuários de dispositivos, como cadeira-de-rodas, apoios e bengalas, para deslocamento até a sala de atendimento, uma vez que os dependentes funcionais e os idosos frágeis enfrentam dificuldades para serem atendidos em virtude da restrita área disponível.

A sede do IS não comporta todos os interessados para as atividades de promoção de saúde e por isso, em relação as atividades de estímulo motivacional, dificuldades em se encontrar um local permanente existia até 2010. Nossa equipe de profissionais tem a percepção de que, para um maior vínculo presencial nas ações de promoção, é fundamental

evitar uma permanente troca de local onde são exercidas essas atividades pois acabam contribuindo seja para o desânimo, confusão ou até mesmo esquecimento dos pacientes e assim criando um entrave para a frequência contínua. Disciplinar esta população para este tipo de atividade é importante pois aponta para uma alternativa de entretenimento e assim rompe com uma inércia comum entre os idosos. As trocas rotineiras de localidade impedem esta disciplina. Em 2011 o IS conseguiu uma parceria com uma entidade não-governamental para este fim e o aumento dos presentes é notável. O Serviço Social do Comércio (SESC), uma instituição privada, sem fins lucrativos, mantida pelos empresários do comércio e bens, serviços e turismo, aberto à comunidade e pioneira em atividades voltadas aos idosos no Brasil foi a parceria considerada ideal para o IS neste momento pois poderá vivenciar os acertos e desafios da administração de um centro de convivência.

Isso se deve por que o IS visa ampliar estas ações com o desenvolvimento de um centro de convivência e para viabilizar este projeto, a construção de parcerias se faz necessária. Há um entendimento por parte dos membros do IS de que parcerias com a saúde suplementar poderiam ser um caminho. Há algumas operadoras de saúde que perceberam este processo de envelhecimento possivelmente pelo impacto financeiro que o mesmo proporciona. Na realidade, cerca de 50% dos usuários de seus serviços são idosos e portadores de doenças crônicas. No entanto é ainda irrisória a atitude de mudança do paradigma “hospitalocêntrico” para o caminho da prevenção. São poucas que oferecem atividades de promoção de saúde e normalmente atreladas a iniciativa pública, como as Universidades Abertas da Terceira Idade.

Não restam dúvidas que são muitos os desafios a serem enfrentados. Cabe ainda uma colocação a mais. Sabe-se que a capacitação técnica é o diferencial na atenção a estes pacientes. O envelhecimento possui nuances que somente o terapeuta treinado conhece. Apesar do crescente interesse pela longevidade e inúmeros cursos sobre esta questão, poucos são os profissionais tecnicamente capacitados para esta tarefa, principalmente na área da gerontologia.

Muitas das modificações positivas observadas nos pacientes do IS surgem a partir do acompanhamento das consultas com o Psicólogo. É com este profissional que ocorre o aprofundamento de discussões como seus problemas e dificuldades de tratamento. O uso continuado de uma grande quantidade de remédios, o abandono de hábitos devido a uma doença específica e a falta de prazer associado a estas mudanças são algumas das falas comumente verificadas. No entanto, a percepção da melhoria da qualidade de vida e o controle de suas condições mórbidas são elementos não claramente reconhecidos pelo paciente e ou seus familiares. É de responsabilidade de toda a equipe identificar o que o paciente entende por sua doença e como a caracteriza e, diante desta visão, caso haja malefícios a sua saúde integral, o profissional deverá propor uma *resignificação* deste complexo através do estímulo a autopercepção de saúde e do auto-cuidado. Da mesma forma, principalmente diante de enfermos dependentes, convocar a família para uma reunião esclarecedora também faz parte das atribuições dos profissionais do IS.

Para enfrentar os inúmeros desafios, os líderes do IS utilizam da criatividade e perseverança na construção de vínculos com seus parceiros. Uma grande vitória do IS foi a parceria com o SESC pois este incluiu na sua programação mensal as palestras e as oficinas do IS e se prontificou em não apenas divulgar em seus próprios veículos como também custear todo material envolvido. O IS levou toda a sua programação de atividades e disponibilizou seus profissionais para as atividades de promoção de saúde que o SESC organiza rotineiramente.

Quando se avaliam as possibilidades de melhorias do IS, podem ser citados a ampliação do espaço físico atual e uma maior parcela no investimento para divulgação das atividades de promoção de saúde. O IS desde seu início realiza palestras em farmácias, entidades filantrópicas e igrejas como uma forma de divulgação, porém este retorno é aquém do esperado. Há também divulgação no metrô da cidade e em pontos do comércio próximo, com resultados semelhantes aos das palestras, sem a presença e o vínculo esperado pela equipe.

Outra vertente que deve ser investida é na informatização dos atendimentos. Um sistema de prontuário eletrônico é importante na medida em que as interfaces entre os profissionais facilitaria o processo decisório do plano terapêutico e auxiliaria na agilidade da confecção dos relatórios, otimizando as análises de gestão. Além disso, quando se pensa em ampliar o projeto, o sistema de informática é fundamental para o gerenciamento. Não apenas na assistência clínica como também no centro de convivência.

Entretanto, um item relevante e provocador que cabe discutir é a precificação deste tipo de serviço. Existe uma dificuldade em se precificar algo intangível, o serviço de cuidado integral da saúde que ofereça um valor agregado alternativo à proposta do cuidado de saúde vigente, apenas com o médico, de forma fragmentada. Na realidade, os grandes desafios na precificação do IS é identificar quem é o “comprador” do serviço para trabalhar com ele as ações propostas, apresentar os possíveis resultados que poderão ser alcançados e encontrar a melhor forma no desenvolvimento de um preço justo dos atendimentos de forma que possa expressar a capacitação técnica dos profissionais que lá trabalham e a valorização deste trabalho pelos clientes finais. Estes não necessariamente serão os compradores diretos do produto, porque, como a população idosa é heterogênea, nem sempre quem custeia, ou seja, quem paga pelo serviço oferecido, é quem deverá usufruir dos serviços, o verdadeiro comprador. Muitos destes que podem adquirir os “produtos” do IS são filhos, netos ou acompanhantes, sendo estes considerados clientes indiretos, pois quem realmente irá usufruir do serviço, o cliente direto, é o idoso com algum grau de dependência. Para estes casos, os esforços serão redobrados, pois além de prestar um atendimento tecnicamente eficiente, os profissionais do IS deverão mostrar resultados para estes clientes indiretos, os que custeiam o serviço. É importante que este comprador tenha a percepção do valor que está sendo adquirido ao investir financeiramente nos serviços. Isso somente será possível de acontecer através da compreensão de quais são os resultados possíveis a serem alcançados com o serviço prestado e, o fundamental, que este resultado não dependa somente dos esforços da equipe de saúde, mas

também do empenho deste cliente. Isso quer dizer que apenas se houver, por parte dos clientes e dos profissionais, o cumprimento mútuo de cada ação, de cada etapa do processo, os resultados almejados e visualizados terão maior probabilidade de serem alcançados e o valor do investimento financeiro, monetário, reconhecido.

Neste contexto, o resultado final ao qual se deseja chegar com o serviço prestado está na dependência do quadro clínico do cliente, essencialmente da sua capacidade funcional, do seu grau de independência e, assim, do seu poder decisório. A dependência da participação ativa do usuário e de sua família é algo que não se deve relevar. A complexidade fisiológica e as comorbidades prováveis que o idoso possa apresentar contribuem para os diferentes cenários que este cliente poderá estar inserido e são determinantes para o plano de cuidado. O cliente direto poderá apresentar-se estável clinicamente, portador de comorbidades e mantenedor de hábitos saudáveis. Contudo, a equipe de saúde poderá se deparar com um idoso dependente, portador de uma patologia crônica, progressiva, em fase terminal e, assim, surgem as situações díspares sendo que para cada cenário, ações específicas, também diferenciadas, são propostas.

Em relação aos benefícios e impactos do projeto, nestes 3 anos de existência já passaram pela assistência médica mais de 400 idosos, sendo 100 clientes por mês a média de atendimentos. A média de expansão dos clientes na Geriatria, não pertencentes ao contrato com o programa “Viva Melhor”, está em 10% ano, atingindo a meta estabelecida. Nos atendimentos psicológicos o aumento das interconsultas e os atendimentos de caráter semanal também é perceptível. Houve um crescimento de significativo no número de atendimentos em relação ao ano anterior, partindo de 12 consultas realizadas em janeiro de 2009 para 32 em novembro de 2010. O crescimento no número de frequentadores das palestras também é real, com média ascendente de 50% ao ano, especialmente na celebração de final de ano, sendo esta atividade um evento ímpar do IS que, no final de 2010, contou com 130 participantes.

Há um aumento do total absoluto de pacientes presentes nas consultas e palestras, como também um crescimento com relação a participação dos profissionais do IS em eventos externos ligados ao tema do envelhecimento humano. Convites para aulas e consultorias cresce em torno de 10% ao ano. O índice de desistência em 2010 do programa está em torno de 5% ao mês, comparado com ano anterior, ao longo do mesmo período. Este está atrelado ao afastamento das consultas médicas por um tempo maior que 6 meses.

Os gestores do IS estão cientes de que ainda é precoce, em termos de temporalidade, aferir a real mudança de comportamento que se deseja, sendo este o principal objetivo do projeto. Mudanças de hábitos são lentas e neste público, seja em função da história de vida, do contexto sócio-cultural ou econômico deste idoso além das próprias alterações físicas da fisiologia do idoso e ou pela presença das DCNT, a expectativa é de que somente em 5 anos poderá ser aferido os primeiros resultados consistentes. O que esta coerente com o histórico de estudo e pesquisa sobre a terceira idade, que se acentua e ganha força aqui no Brasil apenas a partir da década de 1980, segundo Prado e Sayd (2004).

Por fim, sabe-se que este tipo de abordagem é vanguardista e ao realizar uma procura por este tipo de serviço no mercado da cidade do Rio de Janeiro, o número de serviços encontrados no mercado privado é abaixo da necessidade do público idoso. O foco do IS é sua consolidação no mercado de serviços de saúde e como núcleo de estudos sobre envelhecimento ao longo dos anos, de forma que possa se tornar uma das referências no cuidado com idosos na cidade.

Referencias para consulta

- Camarano AA, kanso s, mello jle. Quão além dos 60 poderão viver os idosos brasileiros? 2006 Oct 11:1-30.
- Veras R. Population aging and health information from the National Household Sample Survey: contemporary demands and challenges. Introduction. *Cad Saude Publica*. 2007 Oct;23(10):2463-6.
- Rios-Neto EL. Questões demográficas emergentes para o caso brasileiro. *Cedeplar-Tese*. 2005 Dec 19:1-51.
- Garcez-Leme LE, Leme MD, Espino DV. Geriatrics in Brazil: a big country with big opportunities. *J Am Geriatr Soc*. 2005 Nov; 53(11):2018-22.
- Instituto Pereira Passos. [cited 2011 06/01]; Available from: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br>.
- Veras R. Population aging today: demands, challenges and innovations. *Rev Saude Publica*. 2009 Jun;43(3):548-54.
- Wolff JL, Rand-Giovannetti E, Palmer S, Wegener S, Reider L, Frey K, *et al.* Caregiving and chronic care: the guided care program for families and friends. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009 Jul;64(7):785-91.
- Holman H. Chronic disease--the need for a new clinical education. *JAMA*. 2004 Sep 1;292(9):1057-9.
- Boyd CM, Reider L, Frey K, Scharfstein D, Leff B, Wolff J, *et al.* The effects of guided care on the perceived quality of health care for multi-morbid older persons: 18-month outcomes from a cluster-randomized controlled trial. *J Gen Intern Med*. 2010 Mar 1;25(3):235-42.
- Butler RN. Fighting frailty. Prescription for healthier aging includes exercise, nutrition, safety, and research. *Geriatrics*. 2000 Feb; 55(2):20.
- Newman S, Steed L, Mulligan K. Self-management interventions for chronic illness. *Lancet*. 2004 Jan 1;364(9444):1523-37.
- Wagner EH. Meeting the needs of chronically ill people. *BMJ*. 2001 Oct 27;323(7319):945-6.
- Wolff JL, Giovannetti ER, Boyd CM, Reider L, Palmer S, Scharfstein D, *et al.* Effects of Guided Care on Family Caregivers. *The Gerontologist*. 2009 Aug 26.
- Anderson RM, Funnell MM. Compliance and adherence are dysfunctional concepts in diabetes care. *Diabetes Educ*. 2000 Jan 1;26(4):597-604.
- Boult C, Kane RL, Brown R. Managed care of chronically ill older people: the US experience. *BMJ*. 2000 Oct 21;321(7267):1011-4.
- Bom dia Brasil: Faltam Geriatras no País [database on the Internet] 2011 [cited 10/01/2011]. Available from: www.sbgg.org.br.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*. 1992 Sep 1;47(9):1102-14.
- Yoshida E, Primi R, Pace R. Validade da escala de estágios de mudança. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2003;20:7-21.
- Sevick MA, Trauth JM, Ling BS, Anderson RT, Piatt GA, Kilbourne AM, *et al.* Patients with Complex Chronic Diseases: perspectives on supporting self-management. *J Gen Intern Med*. 2007 Dec 1;22 Suppl 3:438-44.
- Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*. 2005 Aug 10;294(6):716-24.
- Hegenberg L. Doença: um estudo filosófico. 1 ed. Fiocruz, editor. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.
- Golstein NE, Meier DE. Palliative medicine in older adults. In: *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 4th ed. Oxford University Press, 2009, p.1386-1399.