

A necessária gestão qualificada na área da saúde: decorrência da ampliação do segmento etário dos idosos

The need for qualified health management: a consequence of the expanding elderly age group

Renato Veras¹

Palavras-chave:

Envelhecimento da população, assistência à saúde do idoso, serviços preventivos de saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Brasil

Keywords:

Population aging, elderly health care, preventive health care, National Agency for Supplementary Health, Brazil

Resumo

No Brasil, o processo de envelhecimento populacional vem acontecendo de forma acelerada. O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. No entanto, só pode ser considerado como uma real conquista, na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. Assim, qualquer política de saúde destinada aos idosos deve levar em conta a promoção da saúde e a manutenção da capacidade funcional. Se, por um lado, os idosos apresentam maior carga de doenças e incapacidades e usam mais os serviços de saúde, por outro os modelos vigentes de atenção à saúde do idoso se mostram ineficientes e de alto custo, reclamando estruturas criativas e inovadoras. É necessário inverter a lógica do atual sistema, pautado pelo ciclo de tratamento da doença e não da saúde. A Agência Nacional de Saúde Suplementar está propondo uma inovadora ação visando à adesão dos beneficiários de planos de saúde privados a programas de envelhecimento ativo e estimulando as operadoras a adotarem essa perspectiva de cuidados, com idosos recebendo benefícios pecuniários para aderir a programas preventivos e cuidar adequadamente de sua saúde. A proposta deste texto é que o modelo a ser implantado seja baseado na preservação da capacidade funcional e parta do pressuposto de que todos os idosos devem ser acompanhados, mas em diferentes graus.

Abstract

In Brazil, the process of population aging is accelerated. Prolongation of life is an aspiration of any society. However, it can only be considered a real achievement in that it adds quality to additional years of life. Thus, any health policy for the elderly should take into account health promotion and maintenance of functional capacity. If, on the one hand, the elderly have a higher burden of disease and disability and use more health services, on the other, current health care models for the elderly are shown to be inefficient and costly, calling for creative and innovative structures. It is necessary to reverse the logic of the current system, guided by the course of treatment of the disease and not of health. The National Agency for Supplementary Health proposed an innovative action aimed at the accession of beneficiaries to active aging programs, encouraging operators to adopt this view of care for the elderly receiving cash benefits to adhere to preventive programs and proper health care. This paper proposes that the model being implemented should be based on the preservation of functional capacity, assuming that all elderly should receive care, but in different degrees.

1. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Diretor da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI - UERJ). Rua São Francisco Xavier, 524/10º andar, Rio de Janeiro, 2055-9900. Telefones: (021) 2334-0000 (geral) - 2334-0053, 2334-0168, 2334-0604; 2334-0131. E.mail veras@uerj.br - Web - www.unati.uerj.br

Envelhecimento e serviços de qualidade

A longevidade da população é um fenômeno mundial, com importantes repercussões nos campos social e econômico. Este processo, que ocorre de modo bastante intenso no Brasil, é conhecido como transição demográfica.

Nosso país envelhece rapidamente e a expectativa média de vida se amplia. O número de idosos passou de três milhões, em 1960, para 22 milhões, em 2010 – um aumento de mais de 700% em apenas 50 anos. Estima-se que o Brasil alcançará 32 milhões de idosos em 2020¹. Na Bélgica e na França, por exemplo, foram necessários mais de cem anos para que a população idosa dobrasse de tamanho.

Somos um jovem país de cabelos brancos. Todo ano, 700 mil novos idosos são incorporados a este segmento da pirâmide etária brasileira – a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, passamos de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típicas da terceira idade, caracterizado por doenças que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos.

Envelhecimento e despesas andam juntos. As estimativas oficiais indicam que, em 30 anos, os países desenvolvidos terão de gastar, no mínimo, de 9% a 16% a mais que o PIB simplesmente para honrar seus compromissos com os benefícios de aposentadoria. Os compromissos para os quais não existem recursos (isto é: os benefícios já conquistados pelos atuais trabalhadores e para os quais não há financiamento previsto) elevam-se a quase US\$ 35 trilhões. Se acrescentarmos a esse valor o cuidado com a saúde, o total dobra. É quase certo, no entanto, que essa estimativa é conservadora. Ela subestima o futuro crescimento da longevidade e dos custos com despesas médicas e, ao mesmo tempo, não leva em conta os efeitos negativos para a economia, como um todo, do aumento de empréstimos, taxas de juros, impostos e da redução das taxas de poupança, produtividade e aumentos salariais.

São essas razões que justificam a Consulta Pública 42, feita pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre a Proposta de Resolução Normativa que dispõe sobre “concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas de promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida e de premiação pela participação em programas de promoção da saúde e de prevenção de riscos e doenças”. Em síntese, trata-se de medida para incentivar as operadoras de planos de saúde a investir em programas de prevenção de doenças para seus clientes, como contrapartida a uma redução nos preços das mensalidades.

À medida que as sociedades envelhecem, os problemas de saúde entre idosos desafiam os sistemas de saúde e de seguridade social. Enfermidade não é uma consequência inevitável da velhice, tampouco está limitada a esse contingente populacional. O envelhecimento está associado a um bom nível de saúde. Além disso, os avanços na ciência da saúde e na tecnologia possibilitaram àqueles com maior poder aquisitivo ou cobertos por programas adequados uma melhor qualidade de vida na velhice. Para isso, estratégias de prevenção ao longo de todo o curso de vida tornaram-se mais importantes para resolver os desafios de hoje e, de forma crescente, os de amanhã (Veras, 2009).

Lidamos com a gestão da saúde como se as doenças tivessem custos semelhantes, mas as diferenças são gigantescas. As doenças agudas, predominantes em populações mais jovens, são substituídas pelas doenças crônicas em populações mais envelhecidas. Não se trata apenas de mudança de nomenclatura. As doenças agudas são únicas e de curta duração. As crônicas, por sua vez, são múltiplas e perduram por décadas, retirando qualidade de vida, impondo restrições para toda a família e pesando financeiramente para a sociedade.

Na área da saúde, no sentido amplo do conceito, temos um novo desafio: oferecer uma linha de ações, mais contemporâneas e diferenciadas, com base no que há de mais atual do conhecimento científico e que mude a lógica atual do consumo excessivo, de base médico-hospitalar.

Alguns esforços já se percebem. O Governo Federal (Ministério da Saúde, 2006) incluiu a saúde do idoso como item prioritário na agenda do país, promulgando uma nova Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, na qual são introduzidos conceitos atuais. A política está embasada no paradigma da capacidade funcional, que é abordada de maneira multidimensional. Mas o efeito prático ainda não foi sentido, pois o peso da assistência tradicional ainda é preponderante.

Dentro desta abordagem, o objetivo deste artigo é contribuir para a discussão de políticas e estratégias que permitam a indução de modelos de atenção ao idoso com ênfase em projetos preventivos e resolutivos para detecção precoce de agravos à saúde, incorporando metodologias de avaliação contemporânea em Geriatria e permitindo gestão mais eficiente do cuidado ao idoso em todos os estágios – desde os saudáveis e ativos, que são a imensa maioria, aos fragilizados e com múltiplas patologias.

As origens e concepções da promoção de saúde

O homem obteve, no século passado, uma das maiores conquistas de sua história: o prolongamento do tempo de vida. Nos dias atuais, aprendemos que não basta apenas viver mais, pois os avanços tecnológicos nos permitem chegar a

¹ Mais informações no site do IBGE: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_sinopse.shtm

idades bem mais avançadas. Mas o que é preciso fazer para usufruir esses anos a mais de vida de forma plena e saudável?

A expressão “promoção de saúde” foi usada pela primeira vez em 1945, pelo canadense Henry Sigerist (Brown & Fee, 2003). Esse médico historiador definiu quatro tarefas essenciais à Medicina: a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o tratamento dos doentes e a reabilitação. Ele afirmava que “saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura e lazer” (Sigerist apud Terris, 1992, p. 38). Terris (1992) ressalta que esta definição original da promoção, que enfatiza os “fatores gerais” de determinação da saúde, difere da concepção difundida pelo influente Informe Lalonde², de 1974 (Lalonde, 1974; Lalonde, 1996), que privilegiou os “fatores particulares”. Apesar disso, esse relatório é tido como um marco histórico no campo da Saúde Pública, por questionar oficialmente o impacto e o custo elevado dos cuidados médicos na saúde.

O Informe Lalonde destaca a limitação das ações centradas na assistência médica, insuficientes para atuar sobre os grupos de determinantes originais da saúde identificados por ele: os biológicos, os ambientais e os relacionados aos estilos de vida. Propôs, então, ampliar o campo de atuação da Saúde Pública, priorizando medidas preventivas e programas educativos que trabalhem com mudanças comportamentais e de estilos de vida.

Suas repercussões podem ser identificadas na concepção orientadora das práticas de promoção de saúde ao longo da década de 1970, as quais, em sua maioria, tiveram seu foco restrito à modificação de hábitos, estilos de vida e comportamentos individuais não saudáveis, entre os quais o fumo, a obesidade, a promiscuidade sexual e o abuso de substâncias psicoativas. Essa abordagem se centrava na prevenção de doenças crônico-degenerativas, problema prioritário nos países desenvolvidos.

Em suma, a promoção de saúde supõe uma concepção que não se restrinja à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes (WHO, 1984). Incidindo sobre as condições de vida da população, extrapola a prestação de serviços clínico-assistenciais, supondo ações intersetoriais que envolvam outros determinantes sociais da saúde (Schoeni *et al.*, 2005).

Indução e operacionalização de modelos preventivos

Apesar de os conceitos preventivos já estarem bem estruturados e aceitos pelos profissionais de saúde, sua operacionalização ainda é bastante precária, particularmente no grupo etário dos idosos, onde existem alguns complicadores teóri-

2 O relatório Lalonde foi produzido em 1974, no Canadá, sob o nome de *A new perspective on the health of Canadians* (Uma nova perspectiva da saúde dos canadenses).

cos. O modelo preventivo foi concebido em um mundo menos envelhecido que o atual. A ênfase, portanto, foi conferida aos grupos populacionais mais jovens.

Estamos assumindo que existe concordância na aplicação das estratégias preventivas e no cuidado integral com a saúde. De fato, existe um discurso favorável ao método entre os profissionais do setor, possivelmente pelo fato de que ser contrário à prevenção é algo por demais retrógrado – e, portanto, difícil de assumir. No entanto, quando se observa a prática médica, particularmente em alguns segmentos do setor da saúde, vê-se que, apesar do discurso hegemônico da prevenção, existe apenas serviço curativo e tradicional.

A desculpa para tamanha dicotomia é imputada à difícil mensuração da eficácia, do ponto de vista financeiro, para tais programas. Desde a Carta de Ottawa, em 1986³, já havia a preocupação em demonstrar a efetividade do modelo preventivo e de caracterizar aquelas práticas eficazes e que conduzem a mudanças nos determinantes de saúde. E embora a dicotomia continue presente no discurso – amplamente incorporado, mas pouco executado –, muitos passos estão sendo dados.

É significativo o número de idosos que apresentam múltiplos problemas coexistentes, o que com frequência os leva a consultas com inúmeros especialistas, como resultado da fragmentação do sistema de saúde. Tais fatores, além de elevarem o custo da assistência, não representam necessariamente uma relação de custo-efetividade positiva, pois dela podem ocorrer iatrogenias⁴ assistenciais importantes, com consequências indesejáveis.

A presença de comorbidades associadas às perdas relacionadas ao envelhecimento não deve ser vista como condição de um envelhecimento malsucedido. É a administração de tais perdas (evitando, postergando ou compensando suas limitações), obtida pelo correto manejo de um modelo contemporâneo de assistência, aliado a competências e recursos disponíveis, que poderá garantir ao idoso e à sua família a condição de vivenciar essa fase da vida como uma conquista (Karsch, 2003).

Um dos “gargalos” do modelo assistencial diz respeito à insuficiente identificação e à precária captação desta clientela. A baixa resolubilidade dos serviços ambulatoriais, o não-acompanhamento das doenças mais prevalentes e os

3 A Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde foi realizada em Ottawa, em 21/11/1986, quando foi redigida a carta intitulada “Saúde para Todos no Ano 2000”. Essa conferência foi, antes de tudo, uma resposta à crescente demanda por uma nova concepção de saúde pública no mundo. Embora as discussões se centrassem nas necessidades dos países industrializados, levaram também em conta os problemas que atingem as demais regiões. A conferência tomou como ponto de partida os progressos alcançados em consequência da Declaração de Alma Ata, em primeira instância; do documento “Os Objetivos da Saúde para Todos”, da Organização Mundial de Saúde, e do debate sobre a ação intersetorial para a saúde, discutido na Assembleia Mundial da Saúde.

4 Iatrogenia é qualquer agravo à saúde causado por uma intervenção médica.

escassos serviços domiciliares fazem com que o primeiro atendimento ocorra, muitas vezes, em estágio avançado. Isso aumenta os custos e diminui as chances de um prognóstico favorável. Além disso, a abordagem médica tradicional, focada em uma queixa principal, e o hábito médico de reunir todos os sintomas e sinais em um único diagnóstico podem até se adequar, com algumas restrições, ao adulto jovem, mas certamente não se aplicam aos idosos.

Aqueles idosos mais doentes, mais fragilizados⁵ e com menor capacidade funcional (Alves *et al.*, 2010) são os que têm a maior probabilidade de adoecer agudamente. Surge então a necessidade de uma forma de não apenas identificar os idosos fragilizados ou com riscos de fragilização, mas também de criar categorias diferenciadas de risco, para possibilitar uma nítida separação entre aqueles de maior risco (portanto com necessidade de intervenção imediata) e os que reúnem condições favoráveis a um agendamento para um médico clínico não geriatra, porém devidamente habilitado a lidar com idosos. Decorre daí o conceito de capacidade funcional, ou seja, a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (Gordillho *et al.*, 2000).

A maioria das doenças crônicas que acometem o indivíduo idoso tem na própria idade seu principal fator de risco. Envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais a exceção do que a regra. E a maioria dos idosos é, na verdade, absolutamente capaz de decidir sobre seus interesses e organizar-se sem nenhuma necessidade de ajuda de quem quer que seja. De acordo com os mais modernos conceitos gerontológicos, o idoso que mantém sua autodeterminação e prescindir de qualquer ajuda ou supervisão para realizar suas atividades diárias deve ser considerado saudável, ainda que portador de uma ou mais doenças crônicas (Veras & Caldas, 2004).

Do ponto de vista da saúde pública, a capacidade funcional surge como o conceito de saúde mais adequado para instrumentar e operacionalizar uma política de atenção à saúde do idoso. Uma política de saúde do idoso deve, portanto, ter como objetivo maior a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível. Isto significa a valorização da autonomia ou autodeterminação e a manutenção da independência física e mental do idoso. Sabe-se que tanto as doenças físicas como as doenças mentais podem levar à dependência e, conseqüentemente, à perda da capacidade funcional (Parahyba & Simões, 2006; Parahyba & Veras, 2008). Tanto a dependência física como a mental já mostraram ser fatores de risco importantes para a mortalidade – mais importan-

tes que as próprias doenças que levaram à dependência, já que nem todo doente se torna dependente. Dentro desse contexto, estabelecem-se novas prioridades e novas ações, que deverão nortear as políticas de saúde para os idosos (Mittelmark, 1994).

Dessa forma, o centro de qualquer política contemporânea deve focar a promoção do envelhecimento saudável, com manutenção e melhoria cada vez maiores da capacidade funcional dos idosos, com prevenção de doenças, recuperação da saúde dos que adoecem (e/ou a estabilização das doenças) e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida.

No entanto, no modelo brasileiro, o peso assistencial ainda é preponderante e o notável grau de desarticulação dentro do sistema de saúde dificulta a operacionalização de qualquer lógica baseada em uma avaliação capaz de abranger os múltiplos aspectos da vida do idoso. Desse modo, torna-se urgente incluir de modo prioritário na agenda de saúde do país a saúde da pessoa idosa, com base no paradigma da capacidade funcional, abordada de maneira multidimensional (Veras *et al.*, 2007).

Promoção e prevenção

Primeiramente, temos de valorizar o fato de vivermos no século da informação. No campo da saúde coletiva, a informação epidemiológica se traduz em capacidade para prever eventos, possibilitando diagnóstico precoce, em especial em relação às doenças crônicas, retardando o aparecimento desses agravos e melhorando a qualidade de vida e a abordagem terapêutica (Paradela *et al.*, 2005).

É necessário, contudo, manejar algumas questões teóricas que considerem as especificidades do idoso e mostrem que os modelos de prevenção para este grupo etário são distintos dos preconizados para os grupos populacionais mais jovens. A proposta-chave para os idosos é a máxima postergação do início das doenças, pois elas, em sua maioria, são crônicas. Uma vez instaladas, não mais regridem, restringindo a atuação médica ao controle de seu tempo de progressão. Ou seja, deve-se buscar a compressão da morbidade, em que a estratégia passa a ser levar a morbidade ao limiar mais próximo possível do limite biológico da vida. (Fries, 1980; Fries & Crapo, 1981).

O modelo teórico que serve de base para esta discussão foi sistematizado no clássico livro *Medicina Preventiva*, de Leavell e Clark (1976), cuja primeira edição surgiu em 1958. Apesar de estruturar três níveis de cuidado com vistas a facilitar o manejo da atenção ao paciente, esse modelo foi concebido há quase 60 anos, quando a proporção de idosos era muito menor e toda a formulação teórica era, prioritariamente, dirigida ao público jovem e adulto. Os tempos mudaram e, para

5 A fragilidade é um conceito importante para avaliar a saúde do idoso, sendo definida como uma vulnerabilidade que o indivíduo apresenta aos desafios do próprio ambiente. Esta condição é observada em pessoas muito idosas ou naquelas mais jovens, que apresentam uma combinação de doenças ou limitações funcionais que reduzem sua capacidade de adaptar-se ao estresse causado por doenças agudas, hospitalização ou outras situações de risco.

permitir utilizar a concepção dos pesquisadores no momento atual, é necessário atualizar o modelo. Para tal, propomos uma subdivisão no interior de cada nível preventivo, visando dar conta das particularidades e necessidades dos idosos.

Devemos entender a prevenção primária para os idosos em seus dois níveis: 1) o da prevenção tradicional, ou seja, das ações que tentam evitar a instalação de quadros mórbidos, incluindo os programas de promoção e educação em saúde; e 2) o da detecção precoce de doenças, por meio do instrumental da epidemiologia, ou seja, do movimento que visa à antecipação diagnóstica, antes da sua instalação ou em fase ainda bastante branda, para postergar a manifestação da doença para um estágio mais avançado e pelo prazo mais longo (Veras, 2003). No primeiro nível, devemos atuar com vacinas, programas educacionais, atividades físicas e grupos de convivência. Para o segundo nível, o da “detecção precoce e postergação”, é necessário implantar ações de saúde utilizando o conhecimento epidemiológico com vistas a estruturar programas de screening, triagem e rastreamentos em unidades de saúde, para a detecção de problemas ainda em fase de cura ou para tentar reduzir o ritmo da evolução de uma doença crônica (Veras & Caldas, Araujo, Mendes, 2008; Veras & Parahyba, 2007). Como se pode observar, a prevenção primária se divide em dois segmentos, e ambos são fundamentais.

Para a operacionalização da prevenção secundária, faz-se necessário atuar também em dois níveis: 1) identificar aqueles pacientes que permitam um agendamento para um médico clínico, não geriatra, devidamente treinado e habilitado a lidar com idosos; e 2) a criação de mecanismos para identificar os idosos de maior risco, com necessidade de intervenção imediata. Deve-se frisar que o Brasil já conta com 22 milhões de idosos em sua população, mas tem poucos médicos geriatras qualificados – esses, portanto, são profissionais raros, que devem ser preservados para aqueles casos mais específicos e envolvendo síndromes⁶.

Também são necessários instrumentos com indicadores de saúde validados, que permitam a padronização do procedimento. Assim, além da identificação do idoso de risco, será possível uma estratificação que permita a priorização de atendimento e utilização adequada dos recursos (Lourenço *et al.*, 2005). Com isso, poderá ser melhorado o atendimento, sobretudo nos ambulatórios da rede pública ou privada, com a criação de critérios de prioridade vinculados à natureza da demanda e não à regra cruel da hora de chegada na fila de espera.

6 O conceito de síndrome geriátrica tem maior correspondência com quadros clínicos complexos do que com enfermidades propriamente ditas. Esses quadros têm como elementos comuns: sua alta frequência na prática geriátrica; sua propensão a acarretar a incapacidade ou, pelo menos, sérias limitações funcionais; e o fato de serem determinantes no aumento da morbidade e mortalidade entre os de mais idade. Estes quadros são também conhecidos como os “gigantes da geriatria”.

Como se pode observar, os dois níveis de prevenção secundária propostos por Leavell e Clarck são aplicados na abordagem apresentada. Na formulação do conceito original, o primeiro nível seria o diagnóstico e tratamento precoce; o segundo, a limitação da invalidez. Sugerimos atualizar a terminologia para diagnóstico e tratamento precoce para os idosos com capacidade funcional preservada – que poderiam ser atendidos no serviço por médicos clínicos ou generalistas não geriatras, desde que treinados e qualificados. E o segundo nível, para os idosos com síndrome geriátrica e fragilizados, que necessitam de acompanhamento especializado, mais pormenorizado e de maior complexidade, seria realizado por geriatras.

O essencial é saber o quanto as doenças crônicas impedem o idoso de exercer suas atividades rotineiras de forma autônoma e independente. Portanto a avaliação funcional é básica para precisar um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados para um planejamento assistencial efetivo. A prática médica mostra que a diminuição da capacidade funcional do idoso é que o tornará dependente de um nível mais complexo de assistência. E ela poderá ser ocasionada pela evolução da própria patologia de base, por sua má administração e sequelas, ou pela inadequada assistência recebida, seja familiar, social ou institucional.

Muitos idosos apresentam múltiplos problemas coexistentes e frequentemente procuram inúmeros especialistas, sobrecarregando o sistema de saúde. Além de aumentar o custo da assistência, não representam necessariamente uma relação positiva de custo-efetividade, pois dela podem ocorrer iatrogenias importantes, com consequências indesejáveis.

Saúde não é sinônimo de assistência. No entanto, sem o cuidado ambulatorial e domiciliar, sem as instâncias intermediárias de apoio ou mesmo a hospitalar, em muitos casos, não se pode restabelecer a saúde. Mais uma vez, no entanto, deve ser ressaltado que nos idosos a atividade assistencial também precisa ser distinta das demais faixas etárias.

A compreensão de que se deve investir no idoso saudável, mesmo aquele já em tratamento – ou seja, a imensa maioria dos idosos da nossa sociedade –, e ter programas qualificados para os demais é uma visão contemporânea que os gestores da área deveriam aplicar. Desse modo, o modelo assistencial da prevenção secundária deve ser operacionalizado a partir das características próprias do idoso. A ocorrência de doenças crônicas na população idosa é, sem dúvida, de grande magnitude. Cabe-nos saber, entretanto, o quanto tais patologias os impedem de exercer suas atividades rotineiras de forma autônoma. É a diminuição da capacidade funcional do idoso que o tornará, de alguma forma, dependente de um nível mais complexo de assistência (ver tabela 1).

À semelhança da prevenção primária e secundária para os idosos, os programas devem exibir duas vertentes tam-

Tabela 1: Modelo teórico de atenção integral à saúde baseado na capacidade funcional do idoso

Nível de complexidade	Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4
Grau de dependência	Saudável e Independente	Dependência leve	Dependência moderada	Fragilizado e dependente
Ações propostas	Promoção da saúde Educação em saúde Atenção básica à saúde Monitoramento da saúde Detecção de risco de fragilização	Educação em saúde Assistência ambulatorial de baixa complexidade Reabilitação Visita domiciliar Gerenciamento de casos	Assistência ambulatorial e/ou domiciliar de média complexidade Abordagem gerontológica Reabilitação Gerenciamento de casos e monitoramento de fragilidade	Assistência ambulatorial e/ou domiciliar de alta complexidade Atenção especializada para suporte da vida diária Assistência hospitalar Reabilitação Assistência domiciliar por nível de complexidade Apoio de cuidadores
Cenário das ações	Centro de convivência Consultórios Ambulatórios	Centro de convivência Consultórios Ambulatórios Domicílio	Consultórios Ambulatórios Domicílio Centro de reabilitação	Consultórios Ambulatórios Centro-dia Hospital-dia Domicílio Centro de reabilitação

Obs.: tabela baseada no modelo proposto em Veras *et al.* (2008).

bém para a prevenção terciária ou a reabilitação. Deve-se trabalhar para aqueles que necessitam se restabelecer de sequelas deixadas por doenças. Não obstante, é preciso incluir aqueles idosos que, embora ainda não elegíveis a programas de reabilitação segundo os critérios atuais, poderão desenvolver agravos já previsíveis se não forem incorporados a eles. A “reabilitação preventiva” significa ampliar a qualidade de vida para o idoso e sua família, bem como estabelecer uma relação custo-benefício favorável aos sistemas de saúde. Portanto a prevenção terciária tem por objetivo reduzir a progressão e as complicações de uma doença já sintomática, sendo um aspecto importante da terapêutica e da reabilitação.

Um modelo de atenção à saúde do idoso que pretenda apresentar eficácia e eficiência precisa aplicar todos os níveis da prevenção e possuir um fluxo bem desenhado de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstia e reabilitação de agravos. Deve existir ainda uma etapa de captação e identificação de idosos de riscos distintos, além do acompanhamento, em que estejam incluídos a possibilidade de tratamento de patologias não geriátricas e o encaminhamento para cuidado geriátrico, quando houver a necessidade de tratamento especializado. Esta unidade, mais avançada e especializada, deve estar centrada na presença do médico e de profissionais de saúde com capacidade resolutive que atendam ao idoso fragilizado, com múltiplas síndromes geriátricas e perda de sua capacidade funcional, oferecendo tratamento e reabilitação.

Baseado nesta concepção atualizada de Leavell e Clarck, as instâncias de cuidado voltadas ao idoso podem ser estratificadas em níveis hierárquicos, de acordo com o grau de dependência e a complexidade das ações. O pressuposto básico é que a idade é o maior fator de risco para a fragilidade (Veras & Caldas, 2008; Veras, 2008). Neste sentido, a melhor estratégia para um adequado cuidado do idoso é utilizar a lógica de permanente acompanhamento da saúde, visando à identificação precoce e ao monitoramento de agravos – ou seja: tê-lo sempre sob observação, variando apenas os níveis, a intensidade e o cenário da intervenção (Veras *et al.*, 2008a; Veras, 2007; Lima-Costa & Veras 2003).

Este modelo é baseado na preservação da capacidade funcional e parte do pressuposto de que todos os idosos devem ser acompanhados, em diferentes graus, conforme o nível de complexidade – desde aquele com ações a serem adotadas para os idosos saudáveis e independentes até o estágio que exige maior cuidado, com idosos fragilizados e dependentes (tabela 1).

Todas as ideias que apresentamos aqui têm sido desenvolvidas com amplo sucesso pela Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI), um dos mais avançados centros do país voltados para a terceira idade. Projeto pioneiro criado há 18 anos pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), a UnATI está estruturada em três áreas principais: o centro de convivência, os serviços assistenciais (de apoio jurídico e saúde) e a produção de conhecimento. É a única instituição da América Latina a ter recebido da Organização Mundial de Saúde (OMS) o título de Centro de Referência no Cuidado

Integral do Idoso e tornou-se uma referência internacional na Biblioteca Regional de Medicina (Bireme) no campo do envelhecimento.

A bem-sucedida experiência da UnATI, cujo modelo tem sido reproduzido em outras instituições ao longo dos anos, nos estimula a defender essas propostas com absoluta convicção.

Dificuldades operacionais para a mudança do modelo

O conhecimento acumulado e as novas pesquisas deveriam estimular o setor de saúde a desenhar e/ou ampliar modelos mais contemporâneos, que oferecessem maior resolutividade e custo mais adequado em relação ao que é oferecido nos dias atuais (Veras *et al.*, 2008).

Sabendo que é grande a parcela de pessoas idosas não fragilizadas – ainda com boas condições de saúde, em idade mais avançada e com renda média superior ao conjunto da população –, poder-se-ia propor uma política com foco na manutenção da capacidade funcional, com programas de prevenção, investimento em metodologias para detecção precoce de doenças, monitoramento das doenças crônicas, implantação do sistema do médico pessoal (o velho e bom médico da família), entre outras medidas, em lugar do modelo de demanda espontânea que tem no hospital a peça central do sistema (Lourenço *et al.*, 2005; Veras, 2007).

Um exemplo emblemático das tentativas que estão sendo colocadas em prática no mercado de saúde pode ser observado no Reino Unido. Lá, os clientes de uma das maiores seguradoras, a PruHealth,⁷ recebem benefícios financeiros para deixarem seus carros parados e caminharem, usando o podômetro com monitor cardíaco. Também obtêm descontos na compra de frutas e legumes em um supermercado associado à empresa de saúde e recebem incentivo financeiro para a prática de exercícios físicos em academias. Em síntese: um estilo de vida mais saudável pode levar à redução no valor da apólice de saúde.⁸

A experiência inglesa não chegou ainda ao Brasil – e não se sabe se teria efeito positivo ou aceitação da sociedade. De qualquer forma, merece reflexão a mensagem passada: os planos de saúde operam numa espécie de mutualismo, em que os menos saudáveis consomem mais serviços médicos e inflacionam os valores pagos por quem está com sua capacidade funcional preservada e em boa forma. Por muitos anos,

tivemos dificuldade de aceitar estímulos financeiros para cuidar de nossa saúde.

A aplicação do aporte epidemiológico e a ênfase em prevenção fazem com que esta nova abordagem favoreça a redução dos custos assistenciais em paralelo à ampliação da qualidade de vida, ao conferir prioridade à tecnologia do conhecimento e não à tecnologia das máquinas e imagens, o que implica reorganizar os serviços de saúde.

Essas reflexões visam estimular a discussão para a necessidade de novas estratégias (Azevedo, 2010). Foco inovador e criativo deve ser dirigido ao cuidado do idoso e aos que têm doença crônica, que são os que mais sofrem os efeitos de sua própria fragilidade e os que mais demandam serviços de saúde.

Proposta contemporânea e adequada à realidade brasileira

Nessa mesma linha, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) lançou, em consulta pública, um projeto que trata de iniciativas para promoção da saúde, do envelhecimento ativo e da prevenção de risco e doenças. O projeto, ainda que uma iniciativa tímida, não deixa de ser um grande avanço: propõe a concessão de bonificação⁹ aos beneficiários de planos de saúde pela participação em programas de promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida, além de premiação a quem participar de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

De acordo com a proposta, as operadoras não são obrigadas a oferecer o desconto e a premiação. A adesão dos clientes também é facultativa e poderá ocorrer em planos individuais ou coletivos. Caso o plano conceda a bonificação, deverá oferecê-la a todos os beneficiários vinculados ao produto e de forma igual para todas as faixas etárias. A adesão ao programa deve estar prevista em contrato, com prazo mínimo de vigência de um ano e regras claras e preestabelecidas. A concessão do desconto é condicionada exclusivamente à adesão e à participação do beneficiário nas atividades previstas, não a resultados alcançados.

Quase um terço dos idosos fica de fora, por estar em planos antigos. Atualmente, os consumidores com 60 anos ou mais representam 11,2% do mercado de planos de assistência médica. Como já era de se esperar, as operadoras médico-hospitalares não veem com bons olhos essa mudança, já que é justamente nesse segmento etário que se dão as maiores despesas decorrentes de complicações de saúde agravadas pelo avanço da idade.

7 Vide <<http://www.ifaonline.co.uk/tag/pruhealth>> e <http://www.consumerresearchprnews.com/business_consumer_research_articles/2011/03/pruhealth-finds-the-nation-believes-people-should-take-more-responsibility-for-their-own-health-204220.htm>

8 Ver interessante matéria publicada na revista *Época Negócios*, n. 13, p. 30, mar. 2008, intitulada “Barato mais vigiado”.

9 É o desconto na mensalidade do plano de saúde concedido ao beneficiário como incentivo à sua participação em programa de promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida.

A mensagem é simples e única: as empresas terão de se adaptar às novas tecnologias da moderna gerontologia. Não é cabível manter a lógica da doença. Do total de vínculos de consumidores de planos de saúde – considerando-se que um consumidor pode manter mais de um vínculo simultâneo com mais de uma operadora –, 9,4% (ou 5.689.403) são indivíduos com 60 anos ou mais. Por outro lado, 35,5% dos idosos vinculados a planos de assistência médica estão em contratos antigos, portanto não abrangidos pelas garantias da legislação e pela normatização em vigor. Ao todo, cerca de 37 milhões, ou 81,3% dos consumidores de planos de assistência médica, poderão receber bônus se participarem de programas de promoção do envelhecimento ativo ao longo do curso da vida. O incentivo, agora, também é para o consumidor.

Com a nova proposta, a ANS faz mais uma tentativa de induzir a lógica preventiva no setor de saúde suplementar, cujo modelo de financiamento ainda é orientado para a execução de procedimentos. Nos últimos anos, a agência utilizou diversos métodos para incentivar as operadoras a implementar programas de promoção e prevenção. De acordo com um deles, por exemplo, as operadoras adquiriam maiores prazos para constituição de garantias financeiras se comprovassem a prática de programas de promoção e prevenção em conformidade com as regras vigentes.

Desta vez, a ANS lança mecanismos de indução também para os consumidores, cuja adesão é fundamental para o sucesso das ações de prevenção. Assim, o consumidor poderá ganhar duas vezes: evitando doenças e obtendo descontos e prêmios. As duas práticas serão opcionais, tanto para os consumidores quanto para as operadoras. A concessão do bônus ou das premiações terá vigência mínima de um ano, renovável automaticamente por igual período. A operadora poderá interromper o programa de promoção do envelhecimento ativo ou não renovar o prazo de vigência da bonificação, desde que informe ao consumidor com três meses de antecedência. Porém, na hipótese de interrupção do programa, a operadora deverá manter a concessão da bonificação até o término do prazo de vigência. Será proibida a cobrança de qualquer valor ou carência ao consumidor que optar por participar ou renovar sua participação nos programas de envelhecimento ativo ou de promoção da saúde e prevenção de riscos e doença

Bonificação e ações preventivas

Mesmo não constituindo nenhuma concepção inovadora, pois vem sendo praticada em inúmeros países, a proposta tem mérito, primeiramente, por assumir as particularidades do idoso e colocá-lo como protagonista no sistema de saúde. A proposta não é exclusiva para a faixa etária dos idosos, mas será naturalmente voltada para os idosos.

Um fato importante foi o entendimento da ANS da necessidade de induzir o projeto, pelo fato de compreender que a relação entre prestadoras e clientes de mais idade sempre foi de grande desconfiança. Os prestadores nunca foram entusiastas da prestação de serviços para os idosos e sua política sempre foi tentar reduzir o peso desse segmento em suas carteiras. Os clientes idosos, por seu lado, sempre reclamaram das dificuldades de atendimentos e das glosas a muitos dos exames solicitados, o que dificultava a utilização do seu plano de saúde, considerado muito caro por eles. Para as prestadoras, o valor pago por este segmento etário é muito reduzido e não cobre adequadamente os riscos de uma população com alta probabilidade de adoecer e impactar seus custos.

Aliás, este é um fato único. Não existe nenhuma relação de comércio em que vendedor e clientes têm posições tão antagônicas e tudo fazem para se livrar do outro. Caso fosse possível, as prestadoras de saúde não aceitariam esses clientes; da parte dos idosos, por outro lado, o sonho é um plano que cobrisse suas necessidades.

Com esse clima beligerante e de hostilidade, sempre foi difícil sugerir e implantar alguma ação preventiva e/ou de monitoramento, pois a desconfiança da clientela sempre foi grande. Era comum idosos se perguntarem por que eles iriam se submeter a ações preventivas (pois o cliente não é obrigado a conhecer sua maior vulnerabilidade), se o objetivo seria apenas ampliar os lucros das operadoras. Da parte das empresas de saúde, o interesse único era montar programas para um grupo bem reduzido, apenas para se posicionarem como empresas modernas e que oferecem o que há de mais moderno no campo do cuidado para o idoso (na verdade, não acreditavam no benefício de tais ações). Sempre pareceu que esses programas tinham como característica maior a divulgação da iniciativa pelo seu departamento de marketing, em vez de uma ação de saúde.

Imaginamos também que algumas empresas, erroneamente, argumentarão que a bonificação poderá desestimular as operadoras, temerosas de que o incentivo à participação em programas de envelhecimento ativo, estimulando as pessoas a se cuidarem, poderá gerar aumento na utilização do plano de saúde. Continuando nessa linha de argumentação, podem também dizer que o aumento da sinistralidade, aliado ao desconto concedido no preço e à obrigatoriedade de sua manutenção por 12 meses, é fator decisivo para que as operadoras não aceitem a proposta da ANS.

Em relação ao aumento de sinistralidade, a prevenção e a promoção de saúde, quando bem aplicadas e corretamente avaliadas, podem trazer resultados financeiros positivos a médio e longo prazos (Oliveira, 2011). As evidências científicas são claras. É necessário entender que, no início da operação, aumenta-se o uso de procedimentos, principalmente de baixo custo, mas a consequência é a diminuição, a longo

prazo, dos procedimentos de alto custo, aliada à melhoria da saúde. Talvez o mais difícil seja a mudança de cultura.¹⁰

Considerações finais

Um dos gargalos do setor privado é o fato de a maioria das empresas de planos e seguros de saúde operar por meio de serviços credenciados, o que dificulta a fixação de profissionais e sua educação continuada, peça-chave para o atendimento integral ao idoso. Por outro lado, os tempos e a lógica dos ciclos de financeirização (curto prazo) que envolvem muitas das prioridades das empresas de planos e seguros de saúde nem sempre se coadunam com os requeridos para adoção de inovações de processos e conteúdos assistenciais de longa duração relacionados com a atenção ao idoso.

Também podemos observar um enorme abismo entre a prática e o discurso em relação a modelos hierarquizados que priorizem o cuidado integral para todos os idosos, já que eles têm patologias crônicas – e, neste caso, o modelo de prevenção a ser executado não é a busca da cura, que na maioria das vezes é impossível, mas a manutenção da capacidade funcional. Talvez neste aspecto exista um discurso desprovido de maior embasamento científico. A compreensão de um modelo hierarquizado e integral não está ainda bem assimilada, e as palavras proferidas não representam com exatidão o modelo no qual nos baseamos para aferir os serviços.

A força da preocupação aqui apresentada está, genericamente, na compreensão da heterogeneidade que caracteriza a população idosa, no alto custo dos procedimentos de saúde a ela destinados, na diversidade dos gastos em subgrupos dessa população e na quantidade insuficiente de especialistas em geriatria. Por outro lado, seu valor se encontra também na certeza de que, sem uma abordagem preventiva e integral que associe a reflexão epidemiológica e o planejamento sistemático de ações de saúde, não há saída possível para a crise de financiamento e reestruturação do setor.

Referências bibliográficas

- Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev. Saúde Pública*, 2010;44(3): p468-478.
- Azevedo ERFC. Os desafios das operadoras de planos de saúde de autogestão em um cenário de envelhecimento populacional e cronificação de doenças. Monografia (Curso de Pós-Graduação Lato Sensu TeleVirtual em Gestão de Planos de Saúde) - Rede de Ensino Luiz Flávio Gomes, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.santosediniz.com.br/mba-em-gestao-de-planos-de-saude/tcc/eduardo-azevedo.pdf> Acessado: 15/06/2011.
- Bown TMB, Fee EHES. Medical Historian and Social Visionary. *American Journal of Public Health*, 2003;60(1):93.

- Carta de Ottawa: promoção da saúde nos países industrializados. In: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; 1986; Ottawa, Canadá. [citado 2009 mar 10]. Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm
- Fries JF, Crapo LM. Vitality and aging: implications of the rectangular curve. San Francisco: WH Freeman and Company; 1981.
- Fries JF. Aging, natural death and the compression of mortality. *N Engl J Med* 1980; 303 (3):130-5.
- Fries JF. Aging, natural death and the compression of mortality. *N Engl J Med*. 1980;303(3):130-5
- Gordilho A. et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI/ UERJ; 2000.
- Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad Saúde Pública*, 2003; 19(3): 861-6.
- lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada; 1974.
- Lalonde R. Estrategias para la promoción de la salud en la comunidad. In: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington: OPAS; 1996. p.153-65. (Publicación científica, 557).
- Leavell S, CLARK EG. Medicina preventiva. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.
- Lima-Costa MF, Veras RP. Saúde pública e envelhecimento. *Cad Saúde Pública*, 2003; 19(3): 700-1.
- Lourenço RA, Martins CSF, Sanchez MAS, Veras RP. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Rev Saúde Pública* 2005; 39 (2):311-8.
- Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, 20 out. 2006.
- Mittelmark MB. The Epidemiology of Aging. In: Hazzard WR, et al, editor. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. New York: McGraw-Hill; 1994. v. 11, p. 135-51.
- Oliveira, M. Políticas para o envelhecimento ativo. *Jornal O Globo Seção Opinião*, p. 7, em 20/05/2011.
- Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Pública* 2005 dez; 39(6): 918-23.
- Parahyba MI, Simões CCS. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Cien Saúde Coletiva*. 2006;11(4):967-74.
- Parahyba MI, Veras RP. Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. *Cienc Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1257-64.
- Schoeni RF, Martin LG, Andreski PM, Freedman VA. Persistent and growing socioeconomic disparities in disability among the elderly: 1982-2002. *Am J Public Health*. 2005;95(11):2065-70.
- Terris M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington: OPAS, 1992, p.37-44. (Publicación científica, 557).
- Veras RP, Caldas CP, Araújo DV, Kuschnir R, Mendes W. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(3):497-502.
- Veras RP, Caldas CP, Araújo DV, Mendes W, Kuschniere, R. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. *Cienc Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1119-26.
- Veras RP, Caldas CP, Coelho, FD, Sanchez MA. Promovendo a saúde e prevenindo a dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2007; 10: 355-70.
- Veras RP, Caldas CP. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciência Saúde Coletiva*, 2004 abr./jun; 9(2): 423-32.
- Veras RP, Parahyba MI. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. *Cad Saúde Pública*, 2007; 23(10): 2479-89.
- Veras RP, Caldas CP, Araújo DV, Kuschnir R, Mendes W. Características demográficas dos Idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2008 jun; 42(3) : 497-502.
- Veras RP, CALDAS CP. Produção de cuidados à pessoa idosa. *Cienc. Saúde Coletiva*; 2008;13(4): 1104-1104.
- Veras RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*; 2009;43(3): 548-554.
- Veras RP; Caldas CP, Viana D, Mendes W, Kuschnir R. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. *Cienc. Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1119-1126.
- World Health Organization. Discussion document on the concept and principles. In: Health promotion: concepts and principles, a selection of papers presented at Working Group on Concepts and Principles. Copenhagen: Regional Office for Europe; 1984. p.20-3.

10 Veja mais no site da ANS: <http://www.ans.gov.br/index.php/ans/sala-de-noticias-ans/consultas-publicas/596-tem-inicio-consulta-publica-sobre-o-envelhecimento-ativo>