PLANO DE CUIDADO PARA IDOSOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

PLANO DE CUIDADO PARA IDOSOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Av. Augusto Severo, 84, Glória
CEP: 20021-040, Rio de Janeiro – RJ
Tel.: +5521 2105 0000
Disque ANS: 0800 701 9656
http://www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

Diretoria Colegiada da ANS
Diretoria de Desenvolvimento Setorial - DIDES
Diretoria de Fiscalização - DIFIS
Diretoria de Gestão - DIGES
Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE
Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO

Gerência-Geral de Regulação Assistencial - GGRAS/DIPRO
Gerência de Atenção à Saúde GEAS/GGRAS/DIPRO

Elaboração técnica:
Francisco Edilberto Gomes Bonfim, Karla Santa Cruz Coelho, Maria Tereza Pasinato, Martha Regina de Oliveira e Renato Veras.

Projeto gráfico:
Gerência de Comunicação Social - GCOMS/DICOL

Fotografia (capa)
Thinkstock photos
Impresso no Brasil / Printed in Brazil

APRESENTAÇÃO

O Brasil atravessa atualmente um processo de rápido envelhecimento da população. São mais de 20 milhões de idosos, que representam aproximadamente 11% do total da população. Estima-se que esse contingente triplique até 2050. A mudança na estrutura etária decorrente desse processo implica a necessidade de se repensar as políticas sociais, especialmente as da área de saúde.

As últimas décadas apresentaram importantes avanços na qualidade de vida dos idosos. Não apenas o contingente idoso aumentou, como também os idosos estão vivendo por períodos mais longos. O perfil de morbi-mortalidade dos idosos, no entanto, apresenta algumas especificidades, dentre as quais ressaltamos a maior prevalência das doenças crônicas.

A Agenda Regulatória, proposta para o período 2011-2012, reconheceu a importância desse contingente populacional para a saúde suplementar ao estabelecer a saúde dos idosos como um dos eixos estratégicos para a atuação da ANS. As especificidades da assistência à saúde dos idosos representam ao mesmo tempo um desafio e uma oportunidade para a organização e estruturação dos sistemas de saúde. Em sua grande maioria, os sistemas foram estruturados para atender às condições agudas de saúde. Dessa forma, historicamente foram privilegiados os serviços de atendimento em urgências e emergências, voltados para os eventos agudos, com o objetivo de curar os doentes. Doenças crônicas, entretanto, demandam cuidados prolongados, pois não são passíveis de cura.

O envelhecimento populacional engendra o desafio de mudar a organização do sistema de saúde suplementar para que o mesmo possa atender com qualidade e de forma integral. Com esse pano de fundo, o plano de cuidado para a assistência à saúde dos idosos foi selecionado como projeto piloto. Além disso, a construção de um arcabouço para um plano de cuidado voltado para os idosos apresenta interfaces com outros eixos temáticos presentes na Agenda Regulatória, tais como: o financiamento do setor suplementar de

assistência à saúde, garantia de acesso e qualidade assistencial, assistência farmacêutica, modelo de pagamento aos prestadores e a própria integração da saúde suplementar com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Com as mudanças demográfica e epidemiológica em curso, a alteração do modelo assistencial se tornou um imperativo para a sustentabilidade do setor de saúde suplementar. Dessa forma, convidamos todos os envolvidos no processo de organização do cuidado à saúde dos idosos a repensar o modelo com o propósito de contribuir para a construção de um sistema de saúde mais humano, participativo e de qualidade, que contribua efetivamente para a melhoria da qualidade de vida dos idosos na saúde suplementar.

Mauricio Ceschin
Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 7

2. O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O SETOR SUPLEMENTAR DA SAÚDE NO BRASIL 10

3. O MODELO ASSISTENCIAL E AS AÇÕES VOLTADAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO NA SAÚDE SUPLEMENTAR 32

4. O PLANO DE CUIDADE DO IDOSO NA SAÚDE SUPLEMENTAR: PROPOSTA PARA UM NOVO MODELO ASSISTENCIAL 38

BIBLIOGRAFIA 58

PLANO DE CUIDADO PARA IDOSOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

O envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de doenças crônicas no setor suplementar de saúde brasileiro: uma oportunidade para a mudança de modelo assistencial

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é atualmente um fenômeno mundial. Como salientado por Veras et al. (2008), alcançar a idade avançada é uma realidade populacional mesmo nos países mais pobres. No entanto, para que esse processo perdure, é necessário que o aumento da população que vive por períodos mais longos se dê com qualidade de vida.

Essa mudança na estrutura etária da população brasileira ocorre concomitantemente com importantes mudanças no perfil epidemiológico. Além disso, verificam-se importantes mudanças tecnológicas, que levam à incorporação de mais capital e recursos humanos (Medici, 1995 apud ANS 2009). Dessa forma, com os idosos representando uma proporção cada vez maior da população brasileira, entender as relações entre os fatores que afetam a saúde dos idosos se tornou uma questão crucial para os formuladores e gestores dos sistemas de saúde.

As demandas na área de saúde dos idosos requerem uma análise especial, já que seus padrões de morbi-mortalidade diferem dos observados para a população jovem e se caracterizam primordialmente por enfermidades crônicas, cujos custos diretos e indiretos são mais elevados. Muito idosos apresentam múltiplas patologias e frequentam inúmeros especialistas, tornando a questão da iatrogenia um problema de saúde para o próprio indivíduo e para o sistema, com consequências indesejáveis para ambos. No entanto, a convivência dos idosos com as doenças crônicas pode afetar ou não a capacidade dos idosos para realizar as atividades do cotidiano.

Com isso, é essencial saber o quanto as doenças crônicas afetam a vida dos idosos através de uma avaliação funcional, pois a prática médica mostra que a diminuição da capacidade funcional do idoso é o que o tornará dependente de um nível mais complexo de assistência.

Uma importante característica do contingente idoso é sua heterogeneidade. É razoável supor, por exemplo, que significativas parcelas do contingente idoso goze de boas condições de saúde, normalmente associadas aos idosos mais jovens – com menos de 80 anos de idade. Com o avanço da idade, por sua vez, costumam surgir crescentes limitações para a execução das atividades do cotidiano, sobretudo em função do agravamento das doenças crônicas mais prevalentes entre idosos. Nesse caso, o contingente de idosos mais idosos – com 80 anos ou mais de idade – tende a apresentar maiores perdas de autonomia e independência.

Dessa forma, é importante para os profissionais de saúde que lidam com pacientes idosos conhecerem e distinguirem o conjunto de alterações fisiológicas do envelhecimento, denominado "senescência", daquelas do envelhecimento patológico ou senilidade. Com isso, o conceito de *capacidade funcional* do idoso se torna primordial para o reconhecimento do processo do envelhecimento, e pode ser definido como a manutenção plena das habilidades físicas e mentais desenvolvidas ao longo da vida, necessárias e suficientes para uma vida com independência e autonomia (Veras, 2012). A avaliação do idoso deve contemplar todas as dimensões envolvidas no processo saúde-doença de forma multidimensional, e deve ter por objetivo a definição do diagnóstico funcional global e etiológico (disfunções/doenças) e a elaboração do "plano terapêutico" (Moraes, 2006).

De acordo com Lourenço et al. (2005), é necessário formular novas concepções de assistência à saúde da população idosa, que consigam englobar as diferenças nas condições de saúde desse contingente populacional que respeitem suas especificidades e peculiaridades. De acordo com os mesmos autores, a atenção aos idosos requer significativas alterações nos clássicos modelos, de forma a priorizar ações de saúde voltadas para o idoso saudável, aliadas a programas qualificados para os já doentes.

No que se refere aos sistemas de saúde, as mudanças na estrutura etária e no perfil epidemiológico da população colocam as doenças crônicas na

pauta dos debates para a formulação de políticas. Em sua grande maioria, esses sistemas foram estruturados para atender às condições agudas de saúde. Dessa forma, historicamente foram privilegiados os serviços de atendimento em urgências e emergências, voltados para eventos agudos, com o objetivo de curar os doentes. Doenças crônicas, entretanto, demandam cuidados prolongados, pois não são passíveis de cura. Além disso, não se pretende tornar o envelhecimento populacional um "problema" de saúde, pois o mesmo consiste em um logro do próprio sistema de saúde, que, através de seus avanços, possibilitou a queda da mortalidade, sobretudo nas idades mais avançadas.

A assistência à saúde dos idosos deve se dar prioritariamente através da atenção primária, de modo a evitar, ou pelo menos postergar, hospitalizações e institucionalizações, que constituem alternativas mais caras de atenção à saúde. De acordo com o Relatório Mundial de Saúde de 2008 (OMS, 2008), é necessário desenvolver sistemas de saúde orientados para os indivíduos, que contemplem a integração e a continuidade dos cuidados e possuam uma porta de entrada no sistema que permita construir uma relação de confiança entre as pessoas e seus prestadores de serviços.

Pode-se pensar, dessa forma, em um conjunto de ações assistenciais estruturadas para atender a determinado problema de saúde do indivíduo, com base numa avaliação de risco. Esse risco é composto por aspectos clínicos, sociais, econômicos e ambientais, entre outros. Quando uma pessoa busca a resolução para determinado problema de saúde, seu atendimento passa, em primeiro lugar, por uma avaliação do risco de adoecer ou por uma anamnese. Após esse primeiro contato, é traçado um conjunto de atos assistenciais que deverá ser seguido com o objetivo de resolver o problema de saúde – a esse conjunto de atos assistenciais denominamos "plano terapêutico", que pode ser definido por médicos ou equipes multiprofissionais.

De acordo com Pessoa, Santos e Torres (2011), um plano terapêutico é o fio condutor para o fluxo da linha do cuidado, que tem por eixo o paciente. Ainda segundo os mesmos autores, esses fluxos devem ser capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência. De acordo com Merhy e Cecílio (2003), construir uma linha de cuidados consiste em entender a produção da saúde de forma sistêmica, com processos extremamente dinâmicos focados nas necessidades dos pacientes. Nesse

sentido, o envelhecimento populacional engendra o desafio de mudar a organização do sistema de saúde suplementar, para que o mesmo possa atender com qualidade e de forma integral.

Com esse pano de fundo, o plano de cuidado para a assistência à saúde dos idosos foi selecionado para projeto piloto, da mesma forma como a melhoria da atenção a saúde dos idosos é um dos eixos temáticos da Agenda Regulatória da ANS para o biênio 2011/12. Vale ressaltar que a proposta de organizar temas estratégicos em uma agenda permite uma atuação pró-ativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através da identificação dos desafios presentes no contexto socioeconômico do país. A construção de um arcabouço para um plano de cuidados voltado para os idosos apresenta interfaces com outros eixos temáticos presentes na Agenda Regulatória, tais como: o financiamento do setor suplementar de assistência à saúde, garantia de acesso e qualidade assistencial, assistência farmacêutica, modelo de pagamento aos prestadores e a própria integração da saúde suplementar com o Sistema Único de Saúde (SUS).

A análise conta com esta breve introdução. A segunda seção analisa o perfil socioeconômico e demográfico dos idosos com acesso a planos de saúde. A terceira apresenta os avanços e desafios institucionais para a assistência ao idoso na saúde suplementar. Por fim, é apresentada uma sugestão para se identificar os quesitos necessários para a estruturação de um plano de cuidados voltado para idosos no setor suplementar da saúde.

2. O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E O SETOR SUPLEMENTAR DA SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, de acordo com o último censo demográfico, realizado em 2010 (IBGE, 2011), a população idosa representava aproximadamente 11% do total da população. No que se refere aos gastos com serviços hospitalares de atenção à saúde, por sua vez, os idosos consumiam aproximadamente 30% dos gastos totais.[1] Gastos com saúde também apresentam importantes diferenças em termos de composição dos orçamentos familiares. Estudo

1 SIH (2010). Situação da base de dados nacional em 01/02/2011, sujeita a novas atualizações.

realizado com base na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) do IBGE identificou que as principais diferenças nas proporções de gastos entre as famílias com pelo menos 50% de idosos e o total das famílias são expressas pelos maiores gastos do primeiro grupo com despesas com saúde e cuidados pessoais – 15% contra 10,4%, respectivamente (Neri et al., 2004).

O setor da saúde suplementar, especificamente, contabiliza atualmente 47,6 milhões de vínculos de beneficiários a planos de assistência médica e 16,8 milhões a planos exclusivamente odontológicos. No entanto, considerando-se a evolução do número de vínculos na saúde suplementar ao longo da primeira década do século XXI, pode-se observar que enquanto a participação dos idosos no total da população brasileira aumentou 32% entre 2000 e 2010, o aumento no número de vínculos de indivíduos com 60 anos ou mais aumentou apenas 3,7% no mesmo período.

Para melhor entender o processo de envelhecimento populacional no setor suplementar de saúde no Brasil, faz-se necessário conhecer algumas características dos idosos e sua inserção no setor de saúde suplementar. A análise do perfil sociodemográfico da população de idosos com acesso a planos de saúde foi feita com base nos dados do Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizada em 2008. Os dados da PNAD 2008 permitem analisar, além das características gerais da população brasileira – tais como trabalho, rendimentos e habitação –, questões referentes à utilização de serviços de saúde e das condições de saúde da população, inclusive para o contingente com acesso a planos de saúde.[2]

O gráfico 1 apresenta a distribuição etária da população segundo acesso ou não aos planos de saúde. Pode-se observar que a pirâmide etária para a população beneficiária de planos de saúde apresenta um perfil mais envelhecido do que a população sem plano de saúde. No entanto, as principais diferenças observadas residem na cobertura da população mais jovem, com idade inferior a 25 anos. A partir dessa idade, a participação dos demais grupos etários é maior no setor da saúde suplementar.

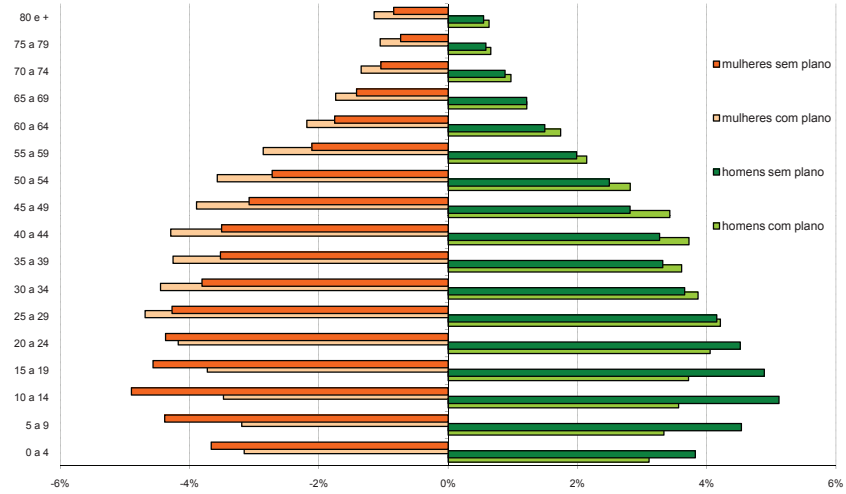
2 Neste estudo, foram considerados todos os indivíduos que declararam ter direito a algum plano de saúde para a construção da população beneficiária na saúde suplementar. Não foi excluída a população que declarou ter plano de instituição de assistência de servidor público, em função das limitações e vieses para o entendimento por parte dos informantes. Para uma análise mais aprofundada da questão, consultar o *Caderno de Informação da Saúde Suplementar,* de junho de 2010 (ANS, 2010).

Isso é esperado, uma vez que o acesso a planos de saúde encontra-se associado à participação no mercado de trabalho. Entre os idosos, aqui considerados como a população com 60 ou mais anos de idade, a participação percentual é muito próxima nos dois grupos populacionais – com ou sem acesso a planos de saúde. Estes representavam, por ocasião da realização da pesquisa, aproximadamente 12% da população com plano, e 10% da população sem planos de saúde. A participação dos idosos mais idosos (com 80 anos ou mais) entre os idosos também é superior para a população com plano de saúde (14%), ao passo em que esse percentual corresponde a 10,5% para a população sem planos de saúde.

GRÁFICO 1

DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA SEGUNDO SEU ACESSO A PLANOS DE SAÚDE

BRASIL, 2008



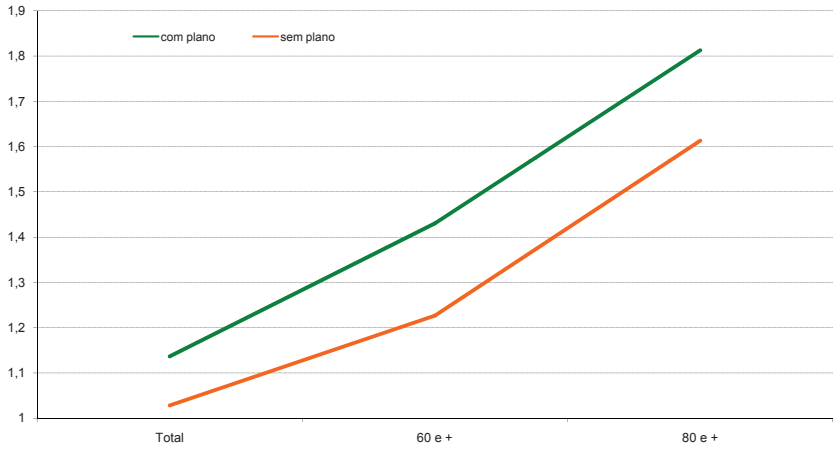
Fonte: PNAD/FIBGE, 2008.

Além de um maior envelhecimento observado para o próprio contingente de idosos na saúde suplementar, também chama a atenção a maior participação de mulheres entre os mesmos. A feminização da velhice é um fenômeno decantado em diversos estudos e pesquisas sobre a questão do

envelhecimento em todo mundo. O gráfico 2 apresenta a razão de sexos para o total da população e para a população de idosos. Pode-se observar que a participação de mulheres na saúde suplementar é superior em todas as idades, mas entre os idosos essa participação é ainda maior: para cada 100 homens com 60 anos ou mais, com acesso a plano de saúde, existem 143 mulheres. Entre a população sem plano de saúde, para cada 100 homens com 60 anos ou mais, são aproximadamente 122 mulheres. Entre os idosos mais idosos, o número de mulheres com 80 anos ou mais é quase o dobro do número de homens beneficiários de planos de saúde.

GRÁFICO 2

RAZÃO DE SEXOS PARA O TOTAL DA POPULAÇÃO E PARA A POPULAÇÃO DE IDOSOS



Outra questão, também já amplamente analisada, refere-se ao fato de a renda ser fator determinante para o acesso ou não aos planos de saúde. O gráfico 3 apresenta a participação percentual dos grupos populacionais segundo seu acesso ou não a planos de saúde em cada uma das faixas de renda domiciliar *per capita*. Na primeira faixa – correspondente a uma renda domiciliar *per capita* inferior a ¼ do salário mínimo – o acesso a planos de saúde é bastante diminuto, tanto para a população total quanto

para a população de idosos. Já na última faixa de renda – correspondente a uma renda domiciliar *per capita* superior a cinco salários mínimos, quatro em cinco indivíduos têm planos de saúde. O ponto de inflexão parece residir entre os indivíduos com renda domiciliar *per capita* entre dois e três salários mínimos, faixa na qual a metade da população, inclusive a conformada por idosos, declara ter direito a planos de saúde.

O perfil socioeconômico também pode ser analisado através das variáveis associadas à educação. Diferenças expressivas são observadas com relação ao grau de instrução dos idosos em função de seu acesso ou não a planos de saúde (vide gráfico 4). Enquanto a maioria dos idosos sem planos de saúde possui no máximo o correspondente ao ensino fundamental, 18% dos idosos com planos de saúde possuem ensino superior, e 19%, o ensino médio.

GRÁFICO 3

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR IDADE E FAIXA DE RENDIMENTO MENSAL DOMICILIAR PER CAPITA SEGUNDO SUA CONDIÇÃO DE ACESSO A PLANOS DE SAÚDE

BRASIL, 2008

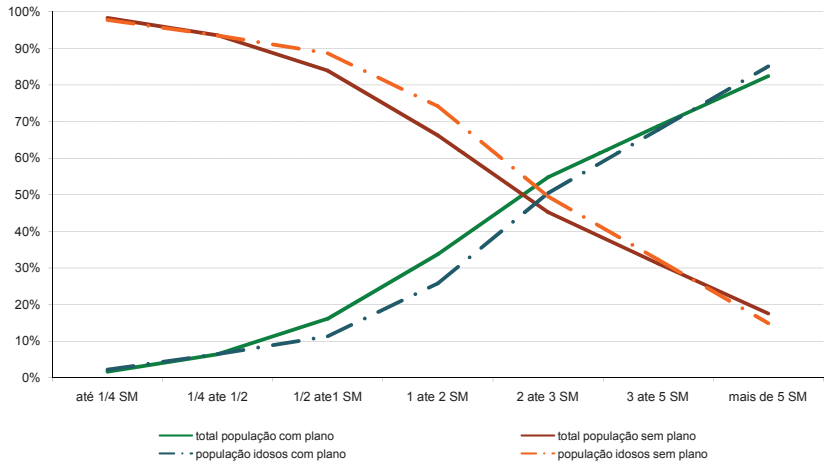
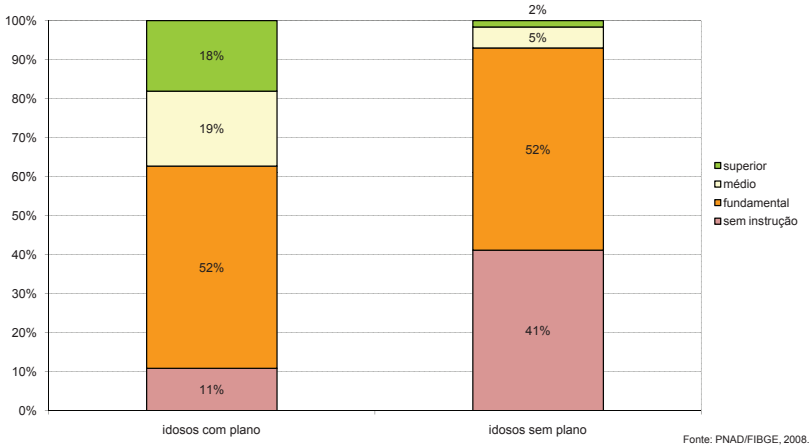


GRÁFICO 4

GRAU DE INSTRUÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA BRASILEIRA SEGUNDO SEU ACESSO A PLANOS DE SAÚDE

BRASIL, 2008

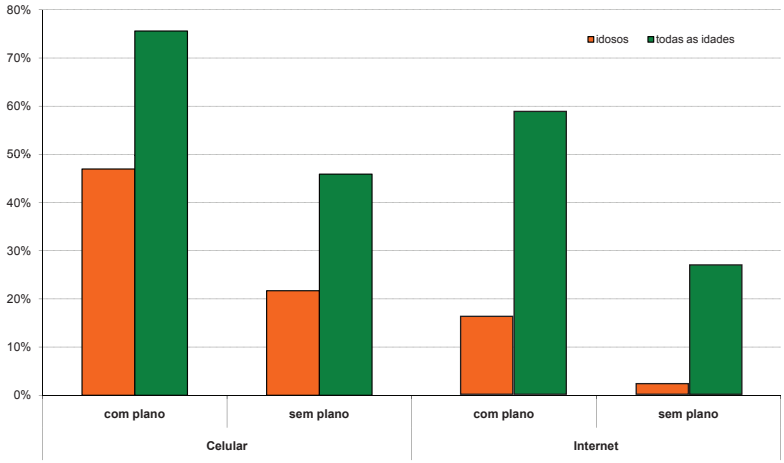


A familiaridade com novas tecnologias, além de refletir aspectos associados à renda, assume, no caso específico da população idosa, sua capacidade de adaptação e inserção social. O gráfico 5 apresenta a porcentagem da população total e de idosos com acesso a telefones celulares e internet. A proporção de idosos com planos de saúde que possui celular (47%) é duas vezes maior do que a observada entre os idosos que não têm plano de saúde (22%). A utilização de internet nos últimos três meses é praticamente inexistente entre os idosos que não possuem planos de saúde. Entre os idosos com planos de saúde, o percentual dos mesmos que acessaram a internet nos últimos três meses corresponde a 15%. A disponibilidade e a capacidade de utilização dos mesmos pelos idosos também é importante, em função da crescente incorporação dessas tecnologias pelos programas de promoção da saúde e prevenção de riscos existentes.

GRÁFICO 5

PORCENTAGEM DA POPULAÇÃO QUE TEM TELEFONE MOVEL CELULAR PARA USO PRÓPRIO OU UTILIZOU A INTERNET NOS ÚLTIMOS 3 MESES SEGUNDO SUA CONDIÇÃO DE ACESSO A PLANOS DE SAÚDE

BRASIL, 2008



Fonte: PNAD/FIBGE, 2008.

Especificamente no que se refere às características dos planos de saúde, a tabela 1 apresenta os dados para os planos únicos ou principais dos titulares para o total da população com planos de saúde e para a população idosa especificamente. Neste caso, a comparação é feita com o total da população de beneficiários de planos de saúde. O percentual de idosos titulares de planos de saúde que declaram ter dependentes ou agregados é pouco inferior ao total da populaçãom – 47,7% e 53,4%, respectivamente. Em relação a quem paga o plano de saúde, as diferenças estão correlacionadas com a fase da vida e sua participação no mercado de trabalho. Enquanto a maioria dos idosos (50,8%) paga diretamente o plano de saúde, para o total da população prevalecem as formas de pagamento associadas ao emprego – planos pagos somente pelos empregadores e planos pagos pelos titulares através do emprego atual – que, somadas, perfazem 58,2% do total.

Os valores pagos aos planos refletem os existentes entre as faixas etárias

nos planos de saúde, nas quais são levados em consideração aspectos relacionados aos maiores gastos incorridos pelos idosos. Enquanto os idosos se concentram nas faixas de valores de mensalidades mais altas, para o total da população se observa uma concentração entre as faixas de valores de mensalidades mais baixas. No que tange às características dos planos propriamente ditas, tais como rede credenciada, abrangência geográfica e existência de mecanismos de reembolso, não são observadas diferenças significativas para a população idosa e o total da população com planos de saúde.

TABELA 1

CARACTERÍSTICAS DOS PLANOS DE SAÚDE ÚNICOS OU PRINCIPAL DOS TITULARES

BRASIL, 2008

	Idosos	Todas as idades
Tem dependente ou agregado neste plano de saúde	47,7%	53,4%
Quem paga a mensalidade?		
Somente o empregador do titular	8,6%	20,5%
Titular através do emprego atual	9,8%	37,7%
Titular através do emprego anterior	20,2%	5,4%
Titular diretamente ao plano	50,8%	28,2%
Outro morador do domicílio	2,9%	5,1%
Pessoa não moradora do domicílio	5,6%	2,1%
Outro tipo	2,0%	1,0%
Qual o valor da mensalidade?		
Até R$30	10,2%	15,1%
Mais de R$30 ate R$50	6,2%	12,1%
Mais de R$50 ate R$100	9,9%	19,9%
Mais de R$100 ate 200	18,8%	20,8%
Mais de R$200 ate R$300	16,1%	10,9%
Mais de R$300 ate R$ 500	18,0%	8,7%
Mais de R$500	16,3%	6,0%
Não sabe	4,6%	6,4%

continuação Tabela 1

	Idosos	Todas as idades
Este plano de saúde atende através de médicos, hospitais, laboratórios ou outros serviços do próprio plano	82,5%	83,0%
Este plano de saúde oferece lista de médicos, hospitais, laboratorios ou outros serviços credenciados	92,0%	93,3%
Este plano de saúde permite reembolso de pagamentos a médicos hospitais laboratórios ou outros serviços	34,8%	35,3%
Este plano de saúde dá direito a ser antendido por médicos, hospitais laboratórios ou outros serviços de outros municípios desta unidade da federação	77,2%	77,4%
Este plano de saúde dá direito a ser antendido por médicos, hospitais laboratórios ou outros serviços de outra unidade da federação	66,0%	65,7%
Este plano da direito a consultas médicas	98,5%	98,4%
Este plano de saúde da direito a exames complementares	95,8%	95,4%
Este plano da direito a internações hospitalares	91,7%	90,6%
Tipo de acomodação		
Quarto privativo	52,3%	40,6%
Quarto coletivo	23,0%	27,4%
Enferemaria	24,7%	32,1%
Este plano de saúde dá direito a medicamentos fora da internação	9,6%	9,6%
Este plano da direito a assistencia odontológica	26,9%	31,4%
Além da mensalidade, este plano de saúde cobra algum valor pelos atendimentos a que tem direito	31,0%	29,3%

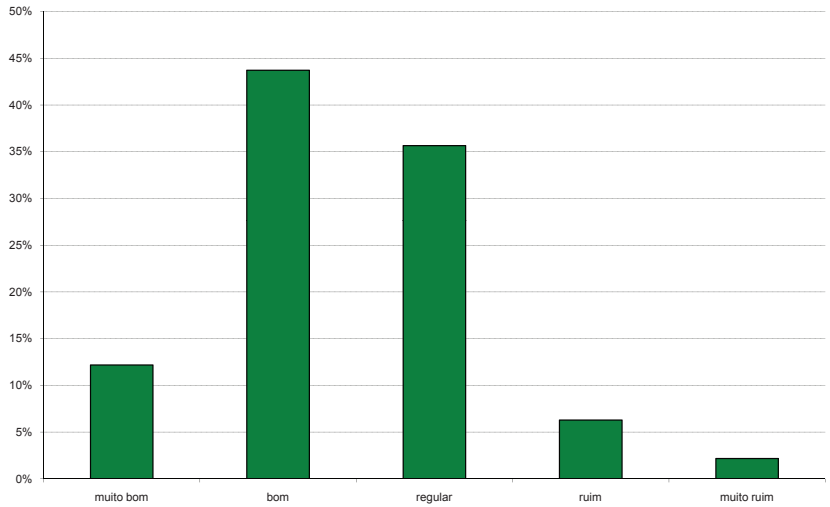
Fonte: IBGE, PNAD/2008. Tabulações próprias.

O suplemento de saúde da PNAD/2008 conta também com quesitos voltados para a identificação das condições de saúde da população. Pode-se observar que mais de metade dos idosos com planos de saúde consideram seu estado de saúde muito bom ou bom; apenas 6% dos idosos consideram sua saúde ruim; e 2,5%, muito ruim (gráfico 6). Como salientado por Romero (2002), a autopercepção da saúde é um indicador da qualidade de vida e da morbidade de fácil captação em inquéritos de saúde e um importante preditor da mortalidade.

GRÁFICO 6

COMO OS IDOSOS BENEFICIÁRIOS DOS PLANOS DE SAÚDE CONSIDERAM SEU ESTADO DE SAÚDE

BRASIL, 2008



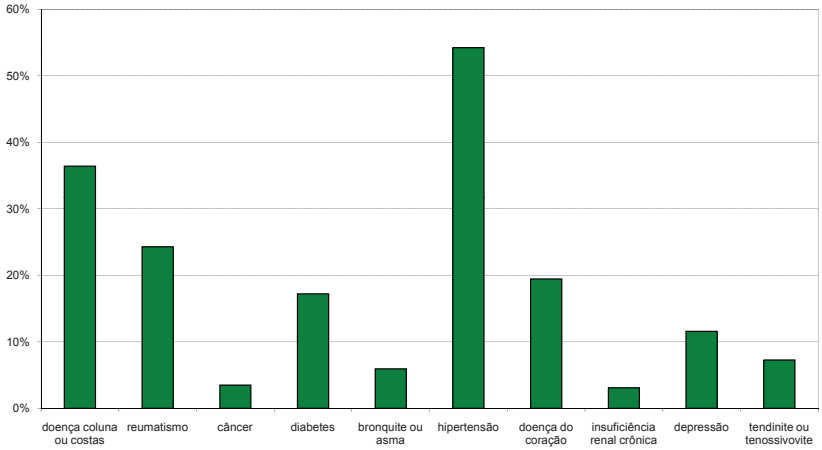
Fonte: PNAD/FIBGE, 2008.

Como já mencionado, a convivência com as doenças crônicas não necessariamente representa um estado de saúde inferior, pois as mesmas podem ser acompanhadas, haja vista não serem passíveis de cura e sim de cuidados prolongados. O gráfico 7 corrobora esse fato, ao apresentar as porcentagens de idosos que declaram já terem sido diagnosticados por médicos com a presença das seguintes doenças crônicas: doenças da coluna ou costas, diabetes, hipertensão, tendinite ou tenossinovite, câncer, reumatismo, bronquite ou asma, doença do coração, insuficiência renal crônica ou depressão. As doenças crônicas mais prevalentes entre os idosos foram: hipertensão, que acomete 55% dos idosos; doença na coluna ou costas (37%); reumatismo (25%) e doença do coração (20%).

GRÁFICO 7

PORCENTAGEM DOS IDOSOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE QUE DECLARAM TER SIDO DIAGNOSTICADOS COM ALGUMA DOENÇA CRÔNICA SELECIONADAS

BRASIL, 2008



Fonte: PNAD/FIBGE, 2008.

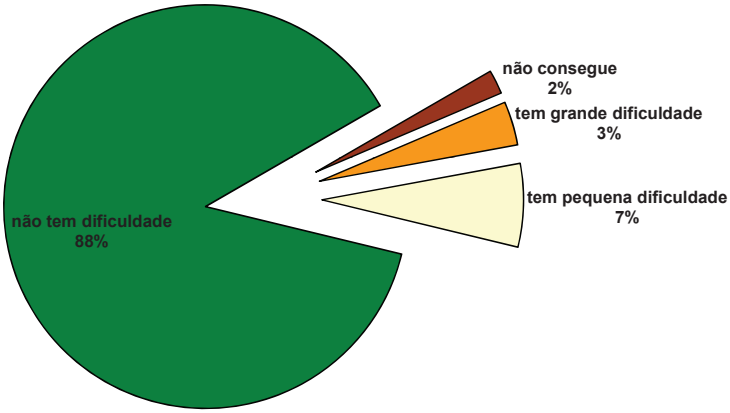
O bom estado de saúde autorreportado pelos idosos com acesso a planos de saúde também é corroborado pelas porcentagens dos mesmos que declaram ter dificuldades para executar atividades do cotidiano. O gráfico 8 ilustra a capacidade dos idosos com planos de saúde para a realização de uma série de atividades do cotidiano selecionadas. O gráfico 8a apresenta as informações referentes à capacidade dos idosos para se alimentar, tomar banho ou ir ao banheiro. Destes, apenas 2% não conseguem e 4% têm grande dificuldade. Outro quesito analisado diz respeito à capacidade para se abaixar, curvar ou levantar. Nesse quesito, uma maior proporção de idosos relata ter grande dificuldade (18%) e 4% não conseguem (gráfico 8b). Porcentagens semelhantes são observadas para os quesitos “empurrar mesa ou realizar serviços domésticos”, “subir ladeiras ou escadas” e “andar mais do que um quilômetro” (gráficos 8c, 8d e 8e, respectivamente), em que menos de ¼ da população idosa com acesso a planos de saúde relata ter grande dificuldade ou não conseguir. Maiores dificuldades são reportadas

para correr, levantar objetos pesados, praticar esportes ou realizar trabalhos pesados (gráfico 8f) – neste caso, apenas 41% relatam não ter dificuldades.

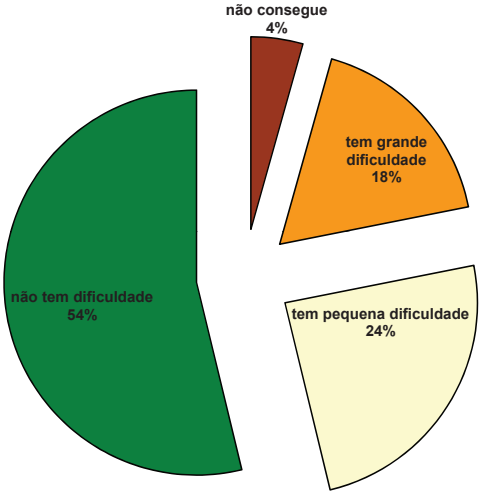
GRÁFICO 8 (a-f)

DIFICULDADES PARA A REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES RELACIONADAS COM A VIDA DIÁRIA DOS IDOSOS COM PLANOS DE SAÚDE

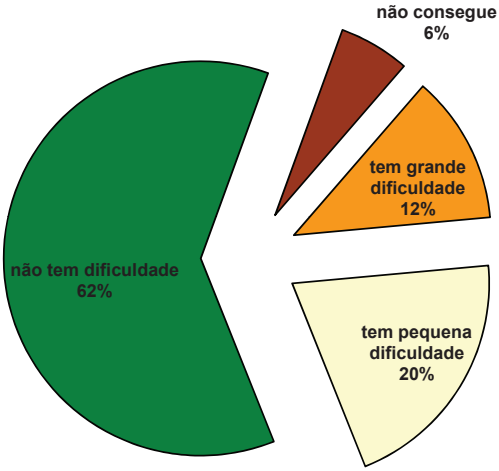
NORMALMENTE, POR PROBLEMA DE SAÚDE, TEM DIFICULDADE PARA ALIMENTAR-SE, TOMAR BANHO OU IR AO BANHEIRO



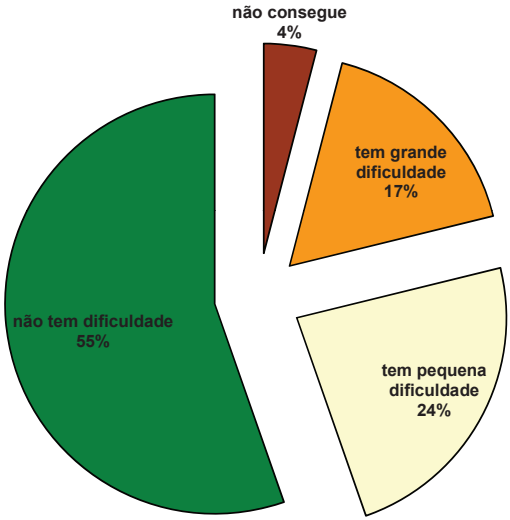
NORMALMENTE, POR PROBLEMA DE SAÚDE, TEM DIFICULDADE PARA ABAIXAR-SE, AJOELHAR-SE OU CURVAR-SE



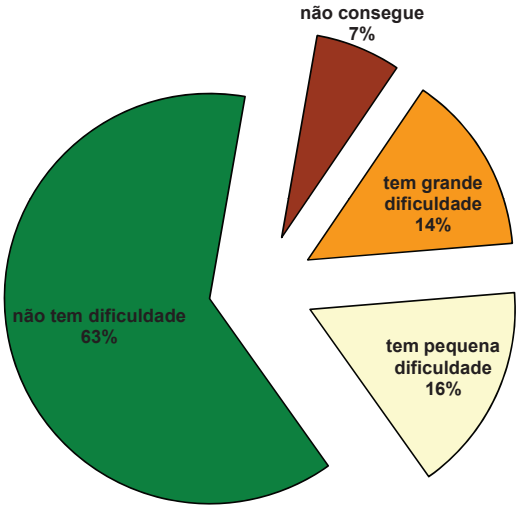
NORMALMENTE, POR PROBLEMA DE SAÚDE, TEM DIFICULDADE PARA EMPURRAR MESA OU REALIZAR CONSERTOS DOMÉSTICOS



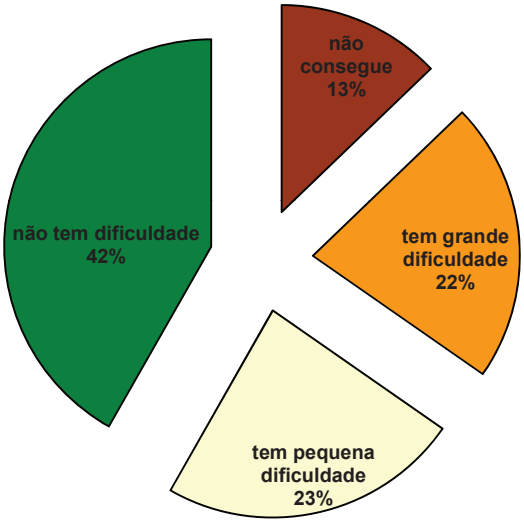
NORMALMENTE, POR PROBLEMA DE SAÚDE, TEM DIFICULDADE PARA SUBIR LADEIRA OU ESCADA



NORMALMENTE, POR PROBLEMA DE SAÚDE, TEM DIFICULDADE PARA ANDAR MAIS DO QUE 1 KM



NORMALMENTE, POR PROBLEMA DE SAÚDE, TEM DIFICULDADE PARA CORRER, LEVANTAR OBJETOS PESADOS, PRATICAR ESPORTES OU REALIZAR TRABALHOS PESADOS



Além disso, outro aspecto positivo consiste na proporção de idosos que pratica algum exercício físico regular: 35%. O exercício mais reportado pelos idosos é a caminhada. A frequência com que realizam as atividades físicas varia bastante, sendo mais frequente a prática de atividades físicas de três e quatro dias por semana. Em 89% dos casos em que os idosos com planos de saúde afirmam realizar as atividades físicas, eles o fazem por, pelo menos, 30 minutos diários (tabela 2).

TABELA 2

PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS PELOS IDOSOS BRASILEIROS

BRASIL, 2008

	com plano
Praticaram algum tipo de exercício físico ou esporte nos três últimos meses	35%
Modalidade de exercício físico ou esporte praticada	
Caminhada (exceto esteira)	66%
Futebol, basquete, ginástica, corrida (ou esteira) ou tênis	17%
Outro	17%
Não pratica mais	1%
Número de dias por semana que pratica exercício físico ou esporte	
1 a 2 dias por semana	26%
3 a 4 dias por semana	34%
5 a 6 dias por semana	18%
Todos os dias	22%
Duração da atividade física no dia que pratica exercícios físicos ou esportes	
Menos de 20 minutos	4%
20 a 29 minutos	7%
30 Minutos ou mais	*89%*

Fonte:IBGE, PNAD/2008. Tabulações próprias

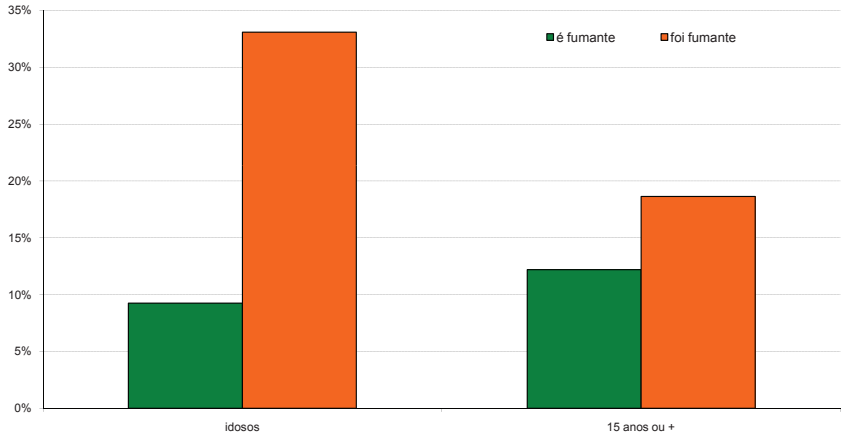
No tocante às questões afetas ao estilo de vida da população brasileira, além da prática de atividades físicas e da avaliação funcional, os dados da PNAD 2008 também permitem a análise do fumo do tabaco no presente e no passado. O gráfico 9 apresenta os dados para a população com 15 anos ou mais de idade e para a população idosa quanto ao uso, regular ou não, do tabaco. A proporção de idosos que declaram ter fumado tabaco no passado é bastante superior à proporção da população que declarou fumar por ocasião da pesquisa.

É possível que esses aspectos, correlacionados a um estilo de vida mais saudável entre os idosos beneficiários de planos de saúde, estejam diretamente relacionados com os melhores níveis de instrução e renda apresentados por esta população. Portanto, esses são aspectos positivos

que devem ser considerados quando da formulação de programas de promoção da saúde e prevenção dos riscos no setor suplementar do sistema de saúde brasileiro.

GRÁFICO 9

PORCENTAGEM DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE COM 15 ANOS OU MAIS DE IDADE, QUE FUMA OU JÁ FUMOU NO PASSADO, *BRASIL, 2008*

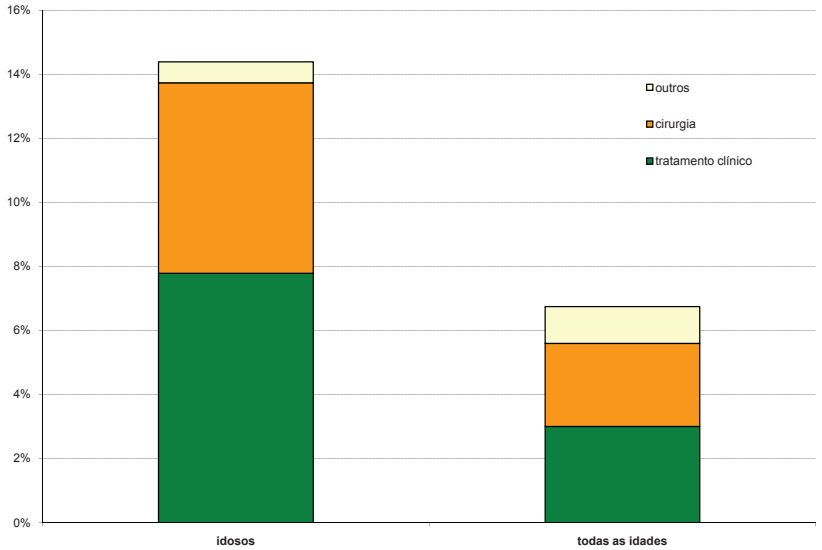


Aspectos da utilização dos serviços de saúde também podem ser analisados a partir das informações do suplemento de saúde da PNAD 2008. É sabido que idosos utilizam os serviços de saúde de forma mais intensiva do que a população em idade adulta. Como ilustrado no gráfico 10, a proporção de idosos na saúde suplementar que declarou ter sido internado nos últimos dez meses anteriores à pesquisa é o dobro da observada para o total da população de beneficiários de planos de saúde. Destes, mais da metade o faz para tratamentos clínicos. A utilização dos serviços de saúde por parte dos idosos com acesso a planos de saúde também se faz notar no quesito referente à consulta a médicos nos últimos 12 meses (gráfico 11): enquanto 90% dos idosos com planos de saúde declaram ter se consultado com médicos nos últimos 12 meses, aproximadamente 80% da população total o fizeram.

GRÁFICO 10

PORCENTAGEM DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE QUE DECLARARAM TER SIDO INTERNADOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES POR MOTIVO DE INTERNAÇÃO

BRASIL, 2008

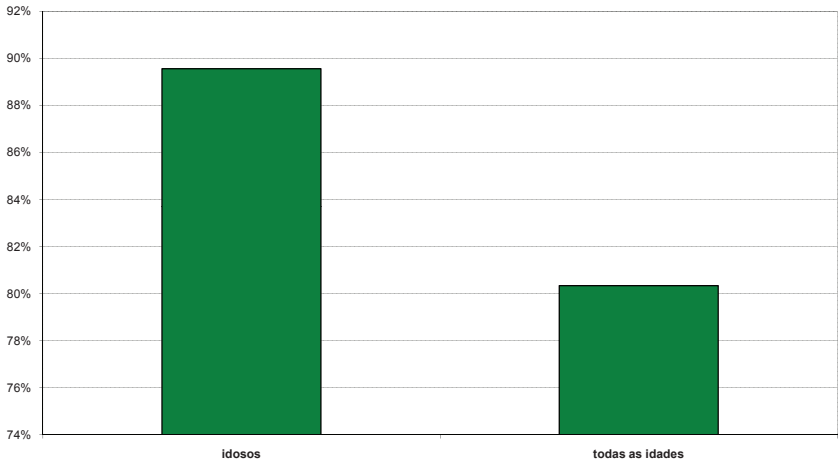


Fonte: PNAD/FIBGE, 2008.

GRÁFICO 11

PROPORÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE QUE CONSULTOU MÉDICO NOS ÚLTIMOS 12 MESES

BRASIL, 2008



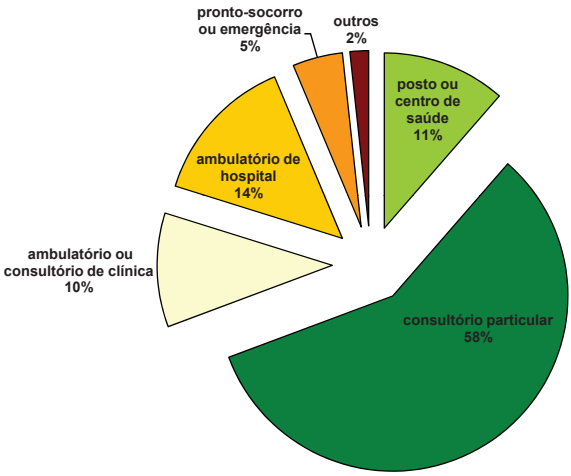
Fonte: PNAD/FIBGE, 2008.

O local para atendimento de saúde mais utilizado pelos idosos com planos de saúde idosos quando estão doentes ou precisando de atendimento médico são os consultórios particulares. Chama a atenção a proporção de idosos com planos de saúde que buscam o primeiro atendimento em ambulatórios ou consultórios de clínicas – 11% (gráfico 12). Aproximadamente 13% dos idosos com planos de saúde declararam buscar atendimento em ambulatórios de hospitais quando estão doentes ou precisando de atendimento médico. Apesar de representarem uma proporção relativamente pequena, sinalizam para uma utilização quase ótima dos recursos do sistema de saúde.

GRÁFICO 12

LOCAL PROCURADO PELOS IDOSOS COM PLANOS DE SAÚDE QUANDO ESTÃO DOENTES OU PRECISANDO DE ATENDIMENTO MÉDICO

BRASIL, 2008



Fonte: PNAD/FIBGE, 2008.

Quando questionados se haviam procurado serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde nas duas últimas semanas anteriores à pesquisa, verifica-se também maior utilização dos idosos em relação à população total (gráfico 13). Aproximadamente 28% dos idosos com planos de saúde declararam ter procurado serviço ou profissional de saúde nas duas últimas semanas, enquanto menos de 20% do total da população com planos de saúde o fizeram. Dentre os motivos pelos quais os idosos procuram tal atendimento, o principal foi a doença. No entanto, 8,5% de idosos com acesso a planos de saúde declararam ter buscado atendimento preventivo de saúde nas duas últimas semanas.

Este também é um fator bastante positivo a favor da população idosa com planos de saúde, pois, como já foi mencionado, as principais doenças que acometem os idosos são as crônicas, que, se diagnosticadas precocemente e cuidadas de forma adequada, permitem a manutenção da qualidade de vida e a prevenção da deterioração das condições clínicas dos idosos. Nesse

sentido, pode-se observar, pela análise do gráfico 14, que aproximadamente 80% dos idosos com planos de saúde são usuários de medicamentos de uso contínuo. Essas porcentagens são bastante superiores às observadas para o total da população com planos de saúde, em que porcentagens inferiores a 30% são observadas.

GRÁFICO 13

PORCENTAGEM DOS BENEFICIÁRIOS DE PLANO DE SAÚDE QUE PROCURARAM SERVIÇO OU PROFISSIONAL DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO RELACIONADO A PRÓPRIA SAÚDE NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS POR TIPO DE ATENDIMENTO

BRASIL, 2008

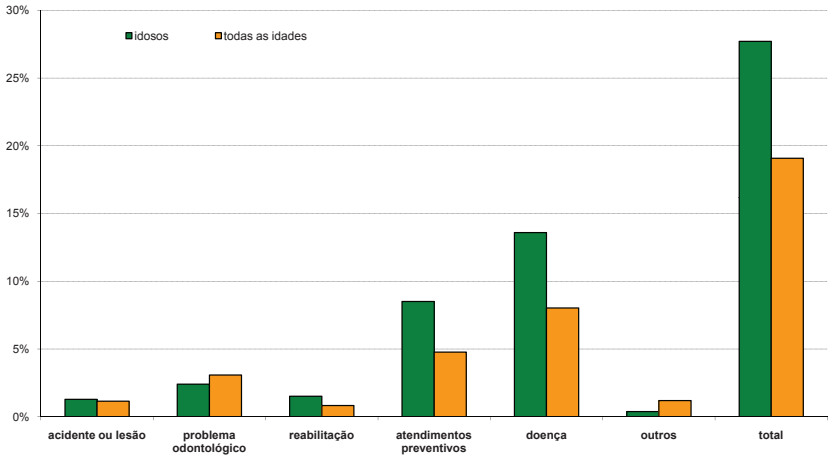
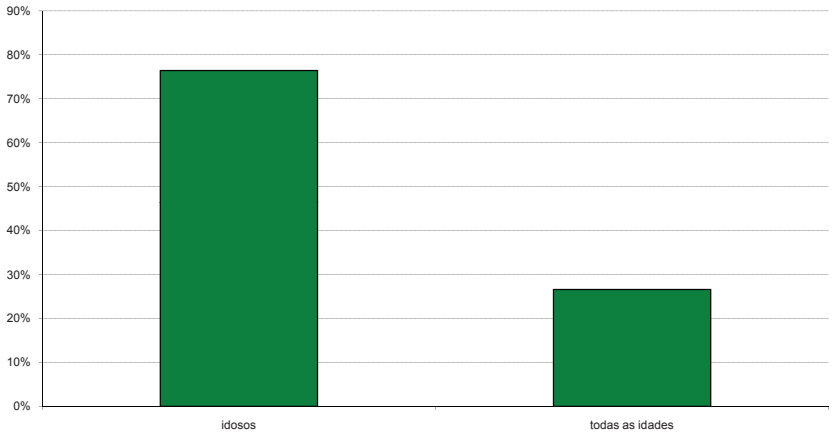


GRÁFICO 14

PORCENTAGEM DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE QUE UTILIZAM MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO

BRASIL, 2008



Fonte: PNAD/FIBGE, 2008.

Além disso, essencial para o cuidado das doenças crônicas é o uso adequado dos medicamentos utilizados para seu controle. A tabela 3 apresenta informações concernentes ao acesso a medicamentos de uso contínuo pelos idosos com planos de saúde no Brasil. Podemos perceber que 88,6% compraram todos os medicamentos de uso contínuo, o que gera grande impacto nos gastos em saúde para esta população.

TABELA 3

ACESSO A MEDICAMENTOS POR PARTE DOS IDOSOS QUE FAZEM USO DE MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO

BRASIL, 2008

	com plano
Na última vez que precisou obter o(s) medicamento(s) de uso contínuo, recebeu gratuitamente	
Todos os medicamentos	12,4%
Parte dos medicamentos	15,9%
Nenhum dos medicamentos	71,7%
Do(s) medicamento(s) de uso contínuo que não recebeu gratuitamente, comprou	
Todos os medicamentos	88,6%
Parte dos medicamentos	9,9%
Nenhum dos medicamentos	1,5%

Fonte: IBGE, PNAD/2008. Tabulações próprias

3. O MODELO ASSISTENCIAL E AS AÇÕES VOLTADAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

A Lei n. 9.961/00, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), estabeleceu, em seu art. 4º, como uma das competências da ANS: fixar as normas para a constituição, organização, funcionamento e fiscalização das operadoras de planos de saúde, incluindo os conteúdos e modelos assistenciais (BRASIL, 2000).

Por modelo assistencial, compreende-se a organização das ações para intervenção no processo saúde/doença, dentre as quais se destaca a articulação dos recursos físicos, tecnológicos e humanos demandados para enfrentar os problemas de saúde existentes em uma coletividade. Com isso, podem existir modelos que desenvolvam exclusivamente intervenções de natureza médico-curativa e outros que incorporem ações de promoção e prevenção. Há ainda modelos cujos serviços simplesmente atendam às demandas, sempre aguardando os casos que chegam espontaneamente ou outros que atuam ativamente sobre os usuários, independentemente de sua

demanda (Paim, 1999 apud ANS, 2009).

Como ressaltado em vários documentos da ANS, no modelo assistencial vigente no setor da saúde suplementar, os indivíduos são atendidos a partir da demanda espontânea, suscitada pela presença de sintomas ou doenças. Há uma concentração crescente de consultas médicas especializadas, exames diagnósticos, terapias, internações e cirurgias que nem sempre se traduzem em maior resolutividade e recuperação da saúde.

Como já mencionado, à medida que as sociedades envelhecem, os problemas de saúde nos idosos desafiam os sistemas de saúde. Muitas das condições crônicas, não apenas no caso dos idosos, estão relacionadas com o estilo de vida – tabagismo, consumo de álcool, comportamento sexual, dieta inadequada e inatividade física. O que elas têm em comum é o fato de demandarem uma resposta complexa e de longo prazo, coordenada por profissionais de saúde de formações diversas, com acesso aos medicamentos e equipamentos necessários, estendendo-se à assistência social (Moraes; Edgar, 2012). A maioria dos cuidados de saúde hoje, no entanto, ainda se estrutura em torno de episódios agudos e restritos ao complexo hospitalar.

As doenças agudas, predominantes em populações mais jovens, são substituídas pelas doenças crônicas em populações mais envelhecidas. No entanto, as doenças agudas são únicas e de curta duração. As crônicas, por sua vez, são múltiplas e perduram por décadas, reduzem a qualidade de vida do indivíduo, impondo restrições para a família e onerando financeiramente a sociedade (Veras, 2012).

Com esse pano de fundo, a ANS começou a estruturar programas de promoção da saúde e prevenção dos riscos e doenças em meados da década de 2000. O desenvolvimento desses programas teve o propósito de contribuir para a mudança do modelo assistencial vigente no setor privado de saúde e para a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários de planos de saúde. Os objetivos da ANS, ao estabelecer diretrizes de incentivo à adoção, implementação e qualificação de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças pelas operadoras de planos de saúde, foram: (1) contribuir para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor de saúde suplementar; (2) induzir a reorientação dos modelos assistenciais vigentes; (3) contribuir

para a qualificação da gestão das operadoras, incentivando-as a conhecer o perfil de saúde e doença da sua população de beneficiários; (4) estimular a adoção de equipe multiprofissional e a integralidade do cuidado; (5) contribuir para a qualificação da assistência prestada; e (6) contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários de planos privados de saúde.

A primeira iniciativa empreendida pela agência consistiu na publicação, em março de 2005, da Resolução Normativa (RN) nº. 94, uma ação conjunta entre a DIOPE (Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras) e a DIPRO (Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos). Essa RN estabeleceu critérios para a prorrogação dos prazos para a integralização da cobertura com ativos garantidores das provisões de risco, definidas na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº. 77, de 17 de julho de 2001, pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde que desenvolvessem programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

Em 2008, a ANS aprovou novos incentivos para estimular o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, por meio da Instrução Normativa (IN) conjunta nº. 01 DIPRO/DIOPE, de 30 de dezembro de 2008. De acordo com essa norma, as operadoras de planos privados de assistência à saúde que desenvolvam e cadastrem os mesmos na ANS passam a contar com a possibilidade de contabilizar os valores neles aplicados como investimentos no Plano de Contas Padrão, que deve ser enviado periodicamente à ANS. O entendimento da ANS foi de que os recursos utilizados nesses programas consistem em investimentos, pois podem gerar benefícios futuros às operadoras e a seus beneficiários.

O problema da maioria dos modelos assistenciais vigentes reside na excessiva focalização da doença. Existe uma grande distância entre o desejo de aplicar novas ações de saúde e sua prática efetiva. Além disso, verifica-se a carência de conhecimento teórico e de informação sobre modelos preventivos que sejam eficientes e adequados. Apesar de os conceitos preventivos já estarem bem estruturados e aceitos pelos gestores e profissionais de saúde, sua operacionalização ainda é bastante precária, particularmente no grupo etário dos idosos, que tem como característica básica a multiplicidade de doenças crônicas, e ao fato de que estas, após sua instalação, não mais regridem. O modelo preventivo foi concebido em um mundo menos envelhecido do que o atual. A ênfase, portanto, foi conferida aos grupos populacionais mais jovens.

Para os idosos, os programas devem ser construídos com base na integralidade do cuidado, com o protagonismo do profissional de saúde de referência e sua equipe. Portanto, não se trata do gerenciamento de doença crônica, mas sim do gerenciamento do perfil de saúde do doente, em que muitas vezes o tratamento de alguma manifestação só pode ser conduzido com a redução ou suspensão de outras ações que vinham sendo desenvolvidas. É por isso que a equipe de saúde da geriatria e gerontologia tem um perfil bastante distinto em relação às demais faixas etárias. O gerenciamento de doenças crônicas foca nas intervenções em saúde favoráveis ao alcance de uma relação mais custo-efetiva. Em linhas gerais, os objetivos de um programa para gerenciamento de crônicos são identificar os indivíduos doentes e com alto risco assistencial; prevenir as exacerbações e complicações das doenças; aumentar o envolvimento do paciente no autocuidado; e construir uma base de dados sobre os doentes crônicos.

Programas de gerenciamento de doenças crônicas para idosos têm em geral uma relação custo-benefício baixa, pois estes possuem mais de uma doença crônica e utilizam cuidados de diferentes especialidades médicas. O ideal é estruturar modelos que funcionem de modo integrado e abarquem a complexidade dos cuidados demandados. De outra forma, as demais doenças e sua fragilidade serão mantidas, e os recursos utilizados inadequadamente. Tratar uma patologia crônica em detrimento das demais produz resultados ineficazes e inadequados. Por outro lado, fazer programas de gerenciamento de crônicos para todas as doenças existentes e remeter o paciente para cada um dos programas de gerenciamento é inviável tanto em termos financeiros quanto do ponto de vista do conforto e cuidado do paciente. Uma provável consequência será a inadequada interação medicamentosa de inúmeros programas isolados que demandam acompanhamento, exames complementares e medicamentos pelo resto da vida. A iatrogenia médica certamente irá se instalar de forma precoce, deteriorando a qualidade de vida desse paciente.

Uma das críticas a esse modelo de gerenciamento de doença crônica é que ele é apresentado entre planos de saúde, sem qualquer conexão com o sistema de atenção primária. Buscam-se apenas evitar internações repetidas e reduzir custos, em vez da saúde e da qualidade de vida do indivíduo (Geyman, 2007).

Com o intuito de dar continuidade aos programas de promoção da saúde no âmbito da saúde suplementar e tendo em vista o acelerado processo de envelhecimento da população brasileira, a ANS constituiu, em setembro de 2010, um grupo de trabalho voltado para a incorporação do Conceito de Envelhecimento Ativo, como definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e em consonância com as políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde (MS), ressalvando, no entanto, as diferenças e particularidades existentes para o setor suplementar da saúde no Brasil. O grupo de trabalho acordou para a necessidade de desenvolver programas de promoção da saúde ao longo do curso da vida.

A proposta, baseada no conceito de envelhecimento ativo, consiste em buscar melhorias na qualidade de vida e a manutenção da capacidade funcional de toda a população na medida em que a mesma envelhece. É grande o desafio enfrentado pela ANS, no sentido de induzir uma reorganização no setor de saúde suplementar para um modelo de atenção à saúde mais voltado para o cuidado integrado das condições crônicas, racionalização dos recursos e produção da saúde. Essa não é uma questão fácil, pois envolve mudanças culturais e comportamentais dos vários segmentos sociais que atuam na saúde suplementar – beneficiários, operadoras e prestadores.

Em uma conjuntura de acelerado envelhecimento populacional, como é o caso brasileiro, oferecer cuidados sistematizados e adequados a partir dos recursos físicos, financeiros e humanos disponíveis, torna-se um imperativo. Durante as discussões abertas à sociedade, surgiram contribuições voltadas para a criação de incentivos para a adesão da população beneficiária, com foco no envelhecimento ativo e em programas de promoção da saúde porventura desenvolvidos pelas operadoras de planos privados de saúde.

Em 2011, foi aprovada a RN nº. 265/2011, que estabeleceu a opção por oferta da bonificação correspondente à adoção de programas de promoção do envelhecimento ativo voltados para todas as faixas etárias. Como já mencionado, o objetivo era melhorar a qualidade de vida/saúde de todos os beneficiários dos planos de saúde interessados em aderir ao programa, o que, como consequência, poderá gerar menor custo para as operadoras. No mesmo ano, foram aprovados os mecanismos de incentivos na modalidade de premiação para a participação em programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças.

O principal objetivo dessa estratégia foi estimular a mudança do modelo de atenção à saúde predominante na saúde suplementar por meio de um suporte teórico e técnico, com base em evidências científicas, para que as operadoras orientassem a organização e o planejamento dos programas. Salienta-se que o processo de envelhecimento populacional no Brasil, apesar de ser um fato concreto, é ainda pouco compreendido. Qualidade de vida, expectativa de vida sem incapacidade, capacidade funcional, autonomia e independência são indicadores que podem ser mais informativos que as estatísticas de morbidades, mas não são regularmente registrados ou produzidos nos diversos níveis do sistema de saúde.

Essas questões não aparecem nas estatísticas brasileiras corretamente, assim como as síndromes geriátricas, de grande impacto social e econômico, são por vezes subdiagnosticadas. A visão médica tradicional considera "incapacidade" um problema individual que pode ser decorrência de doença e que requer habitualmente tratamento clínico. Nessa vertente, seu manejo implica alcançar a cura ou garantir adaptação do indivíduo à incapacidade em questão.

A incorporação desta perspectiva acerca das incapacidades e seu manejo na prática profissional engendram reflexão e ação político-institucional que extrapolam a atenção individual. Se o envelhecimento é acompanhado de perdas ou limitações, que podem se transformar em incapacidades, sua qualidade depende do meio em que o indivíduo vive e envelhece. Assim, ações para reduzir a perda de capacidade funcional são estratégicas e envolvem a formulação de políticas públicas intersetoriais.

Faz-se necessário garantir que a assistência seja organizada de acordo com os níveis de complexidade necessários, verificados a partir da capacidade funcional e do risco de fragilidade existente. Esse modelo assistencial precisa contar com um competente sistema de referência e contrarreferência, para que as ações possam ser monitoradas e avaliadas permanentemente. Nesse sentido, o sistema suplementar de saúde do Reino Unido talvez possa nos oferecer algumas importantes reflexões.

O Reino Unido teve, até o governo de Margaret Thatcher, o sistema de saúde financiado pelo Estado (NHS – National Health Service), tendo ocorrido a partir dos anos 1980 uma ampliação do setor privado de saúde. Possui atualmente, à semelhança do Brasil, um amplo sistema público e um setor

privado de saúde em expansão. O setor privado, para ganhar espaço, sabe que precisa ser bastante criativo e inovador, para fazer frente ao NHS e se firmar no mercado como real opção a um dos mais tradicionais e respeitado sistema de público de saúde do mundo.

Por exemplo, os beneficiários de uma grande seguradora recebem incentivos financeiros para deixarem seus carros parados e caminharem, usando o pedômetro com monitor cardíaco. Também obtêm descontos na compra de frutas e legumes em uma rede de supermercados associada à empresa de saúde e recebem incentivo financeiro para a prática de exercícios físicos em academias. 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. Isso implica reorganizar os serviços de saúde.

Após todas essas iniciativas, a ANS propôs um novo modelo, segundo o qual os programas não são desarticulados e são capazes de promover uma melhor organização do sistema de saúde. A proposta a seguir, de um plano de cuidado, traz os programas para dento do modelo, do cuidado e de acordo com o perfil epidemiológico e das linhas de cuidado.

4. O PLANO DE CUIDADO DO IDOSO NA SAÚDE SUPLEMENTAR: PROPOSTA PARA UM NOVO MODELO ASSISTENCIAL

A constituição do modelo vigente no sistema de saúde brasileiro – no qual o conjunto de recursos tecnológicos é alocado em ações desarticuladas, muitas vezes médico-centradas, como salientado por Pinheiro e Silva Jr. (2009) – é histórica e socialmente determinada, com importantes implicações sobre os custos e eficácia dos sistemas de saúde brasileiros, quer públicos ou privados. Dessa forma, aspectos associados à organização e funcionamento dos serviços de saúde dão a tônica nas discussões que têm marcado o campo de formulação para a questão dos modelos assistenciais.

Como já mencionado, desde meados da década passada, a ANS tem investido na formulação de medidas de incentivo para a mudança do modelo assistencial praticado na saúde suplementar e a adoção de um modelo voltado para o cuidado integral dos beneficiários e promoção de sua saúde.

Desde a criação da ANS, esta tem por competência atuar sobre o modelo assistencial adotado pelas operadoras. Dessa forma, a primeira medida, já prevista na Lei nº. 9961/2000 e prontamente implementada, foi a elaboração de uma referência básica para a cobertura assistencial mínima obrigatória pelos planos privados de assistência à saúde – o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. Este garante e torna público o direito assistencial dos beneficiários dos planos de saúde, contemplando os procedimentos considerados indispensáveis ao diagnóstico e tratamento de todas as doenças que compõem a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da OMS. Sua importância reside no diagnóstico de que, antes da regulamentação do setor, os beneficiários se subordinavam a contratos com coberturas de serviços diversas, muitas vezes parciais, definidas por cálculos atuariais e sinistralidade dos planos que os deixavam desprotegidos nos momentos em que mais necessitavam (Pinheiro; Silva Jr., 2009).

Esse mesmo Rol evoluiu, incorporando questões como a inclusão de tecnologias com evidências de segurança, eficácia, efetividade e eficiência, e a exclusão de procedimentos obsoletos ou de insuficiente validação, a partir dos princípios da Medicina Baseada em Evidências. Houve a necessidade de se realizar revisões periódicas e estabelecer diretrizes de utilização para determinados procedimentos, como forma de racionalizar o processo de tomada de decisão e introduzir a discussão de se atrelar a incorporação de novos procedimentos a boas práticas e indicações para uso. Além disso, percebeu-se a necessidade de incorporar o cuidado multidisciplinar, o que foi feito através da obrigatoriedade para a cobertura de consultas com psicólogos, nutricionistas, entre outros. No entanto, a simples existência do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde não assegura a adequação e a qualidade do modelo assistencial adotado. Da mesma forma, os programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças isolados não são capazes de abarcar, na vigência do atual modelo assistencial, a complexidade das necessidades de cuidado dos idosos, de forma aruculada e integrada.

Para a implantação das mudanças necessárias no modelo, torna-se necessário responder a uma questão central: como promover a saúde e prevenir a incapacidade, através da integração de ações de promoção da saúde, prevenção dos riscos e atenção à saúde em todos os níveis de complexidade?

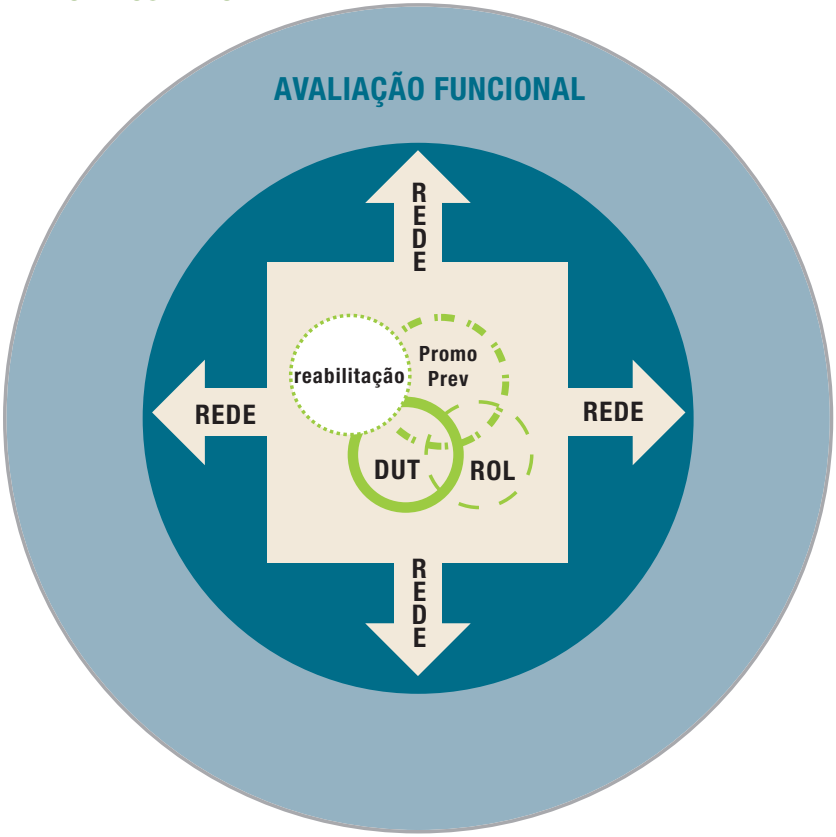
Para responder a essa questão, delineou-se o conceito de plano de cuidado na saúde suplementar. Este engloba os conceitos de linha de cuidado e plano terapêutico. Dessa forma, o plano de cuidado incorpora a avaliação do beneficiário desde sua entrada no sistema, com a estratificação realizada a partir de seu risco e estado funcional e a definição da melhor linha de cuidado como o caminho a ser percorrido. Esse caminho inclui: procedimentos necessários, hierarquização de rede, programas de promoção da saúde e prevenção dos riscos e doenças adequados e integrados aos cuidados, entre outros.

Para a definição de um plano de cuidados, é importante responder às seguintes perguntas: “quais os problemas de saúde do paciente – o quê?”; “quais as intervenções mais apropriadas – como?”; “quais as justificativas para mudança – por quê?”; “quais profissionais precisam fazer parte desse cuidado – por quem?; “em quais serviços de saúde – onde?”; “com que ordem de organização? (referências hierarquizadas e organizadas por uma figura central)”.

A figura 1, a seguir, procura sintetizar as inter-relações entre as diversas ações emprendidas pela ANS na última década, de forma a situá-las entre as questões demandadas para a constituição de um modelo assistencial que abarque a construção de planos de cuidado para sua população de beneficiários.

FIGURA 1

PLANO DE CUIDADO



A proposta procura ultrapassar o desafio de ter uma assistência integral à saúde, com a reorganização dos processos de trabalho na rede. Com isso, um ponto chave para a mudança do modelo assistencial reside na entrada do beneficiário no sistema, pois é nesse momento que se dará a avaliação da saúde dos beneficiários, que no caso dos idosos envolve desde aspectos epidemiológicos, passando por aspectos nutricionais e de suporte familiar. Nesse sentido, destacamos a relevância da ferramenta aprimorada

pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) – a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA).

A proposta dessa ferramenta é realizar a avaliação integral do paciente idoso. Não se trata de uma consulta de geriatria, mas de uma avaliação complexa, na qual se avaliam o risco e todas as consequências dessa avaliação.

Na bibiliografia internacional, existem vários propostas que focam em modelos diferenciados de atenção aos idosos, como o *Guide Care Model*[3], formulado pela Johns Hopkins School of Medicine; o GRACE (*The Geriatric Resources for Assesssment and Care of Elders*), desenvolvido pela Indiana University School of Medicine e o PACE (*Program of All Inclusive Care for the Elderly* [4]) (Béland; Hollander, 2011). Os três modelos realizam o planejamento do cuidado, baseado em estratificação de risco, o diagnóstico multidimensional, a definição de metas terapêuticas e de intervenções preventivas, curativas, paliativas e reabilitadoras, associadas à implementação de um plano de cuidados, através da reorganização da atenção à saúde (Boult; Wieland, 2010).

Um modelo de assistência à saúde do idoso deve procurar preservar e recuperar a capacidade funcional, pois parte-se do pressuposto de que todos os idosos devem ser acompanhados e o risco de fragilização deve ser monitorado em todos os níveis 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. Promover a integração da atenção à saúde do idoso em todos os níveis significa apostar na independência e autonomia como um valor inerente à qualidade de vida dos idosos.

Os idosos mais doentes, mais fragilizados, com menor capacidade funcional, são os que têm a maior probabilidade de adoecer agudamente. Surge daí a necessidade de uma forma não só de identificar os idosos fragilizados ou com riscos de fragilização, mas também de se criar categorias diferenciadas de risco, para possibilitar uma nítida separação entre aqueles de maior risco e, portanto, com necessidade de intervenção imediata. A fragilidade é um conceito importante para avaliar a saúde do idoso, sendo definida como

[3] Disponível em www.guidecare.org
[4] Disponível em www.cms.gov/pace

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.

A maioria das doenças crônicas que acometem o indivíduo idoso tem na própria idade o principal fator de risco. Envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais exceção do que regra. No entanto, a presença de uma doença crônica não implica que o idoso não possa gerir sua própria vida e realizar as atividades do cotidiano de forma totalmente independente. A maioria dos idosos, principalmente os idosos mais jovens, é, na verdade, absolutamente capaz de decidir sobre seus interesses e organizar-se sem nenhuma necessidade de outros. De acordo com os mais modernos conceitos gerontológicos, o idoso que mantém sua autodeterminação e prescinde de qualquer ajuda ou supervisão para realizar suas atividades diárias deve ser considerado um idoso saudável, ainda que seja portador de uma ou mais doenças crônicas. 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 (Gordilho et al., 2000).

Dessa forma, a avaliação funcional é básica para precisar um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequado 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. Essa diminuição 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. Nesse contexto, o conceito de capacidade funcional deve ser entendido como o elemento central para o manejo de uma nova política de cuidado para o idoso.

Do ponto de vista do sistema de saúde, a capacidade funcional surge como o conceito de saúde mais adequado para instrumentar e operacionalizar uma política de atenção à saúde do idoso. Ações de promoção de saúde, assistenciais e de reabilitação em saúde devem objetivar melhorar a capacidade funcional, ou no mínimo manter a capacidade funcional e, sempre que possível, recuperar a capacidade funcional perdida pelo idoso. A prevenção de riscos e doenças na idade avançada tem um caráter distinto

das demais faixas etárias. O objetivo é elevar a qualidade de vida e, para tal, deve-se organizar uma estrutura distinta daquelas existentes para as demais faixas etárias.

Dessa forma, uma política de saúde do idoso deve ter como objetivo maior a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível. Isto significa valorizar a autonomia ou autodeterminação e a manutenção da independência física e mental do idoso. Sabe-se que tanto as doenças físicas como as mentais podem levar à dependência e, consequentemente, à perda da capacidade funcional. As dependências física e mental são importantes fatores de risco para mortalidade, mais do 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 de saúde, que deverão nortear as políticas de saúde.

É por este motivo que a identificação do risco na população idosa é uma prioridade e esta pode ser detectada através da avaliação funcional de um idoso, visando a obter seu perfil de saúde, pois apesar de uma imensa maioria estar bem (autônomo e independente), muitos já possuem um quadro de fragilização, que por sua vez reduz progressivamente a capacidade funcional e que leva à maior demanda por serviços de saúde.

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

A captação/acolhimento nesta lógica integrada de cuidados deve ser uma ação valorizada, do mesmo modo que a identificação de riscos em idosos deve ser uma atividade permanente no nível de atenção primária, porque muitas vezes o idoso que anteriormente não necessitava de atenção

especializada pode passar a precisar. Uma unidade mais avançada e especializada deve estar centrada na presença de profissionais de saúde com capacidade resolutiva que atendam ao idoso fragilizado, com múltiplas síndromes geriátricas e perda de sua capacidade funcional, oferecendo tratamento e reabilitação. No entanto, nem todos os idosos necessitam desse tipo de atenção, podendo permanecer em instâncias básicas, monitoradas (Veras, 2009).

As instâncias de cuidado voltadas ao idoso devem ser estratificadas em níveis hierárquicos, de acordo com o grau de dependência e a complexidade das ações. No entanto, o pressuposto básico é que o risco para a fragilidade é que vai definir o grau de atenção de que o idoso necessita (Veras; Caldas, 2008). Assim, a melhor estratégia para um adequado cuidado ao 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). Ainda que saúde não seja sinônimo de assistência médica, deve-se ressaltar que 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.

As linhas de cuidado são estratégias de estabelecimento do "percurso assistencial", cujo objetivo é organizar o fluxo dos indivíduos de acordo com suas necessidades. O Ministério da Saúde define linha de cuidado como:

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

A gestão das linhas de cuidado pode ser entendida como: a definição das tecnologias ou recursos a serem utilizados durante o processo de atenção à saúde; sua inserção nas diversas etapas do processo de produção da saúde; promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação; sua operacionalização em seus diferentes níveis hierárquicos e nos variados serviços; seu funcionamento de forma articulada e acompanhamento dos produtos programados.

A implantação da linha de cuidado na atenção ao idoso (LCI) permite: (1) organizar e articular os recursos nos diferentes serviços e níveis de atenção para garantir acesso, cuidado e proteção; (2) estabelecer o "percurso da atenção" a partir das situações de vulnerabilidades e riscos para a incapacidade, organizando o fluxo de acordo com as demandas; (3) definir funções, responsabilidades e competências de cada serviço de atenção na produção do cuidado e na proteção social; (4) estabelecer normas e protocolos em todos os níveis de atenção; (5) promover a capacitação dos profissionais da rede de cuidados e proteção social; (6) desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção dos riscos e doenças integradas a outras ações em saúde.

A figura 2 ilustra as linhas de cuidado traçadas a partir das avaliações funcionais. São sugeridas aqui três linhas de cuidado: "idosos entre 60-80 anos independentes"; "idosos entre 60-80 anos com algum grau de dependência" e "idosos maiores de 80 anos". Tal divisão facilita a formação de grupos mais homogêneos, nos quais a atuação da operadora e as atividades de cuidado e monitoramento são mais semelhantes. Vale destacar que, para o grupo de idosos na linha de cuidado "idosos independentes entre 60-80 anos", pode-se estabelecer dois novos grupamentos: o grupo sem patologias ou com patologias controladas e o grupo com patologias não controladas ou déficit cognitivo.

A partir dessas linhas, é preciso estabelecer as ações (figura 3) a serem desencadeadas para que se estabeleça o melhor cuidado possível dentro de cada especificidade, com a elaboração de todas as intervenções preventivas, curativas, paliativas e reabilitadoras.

As linhas de cuidado para idosos aqui propostas estabelecem etapas evolutivas, em decorrência do processo de fragilização e do avançar da idade. Ao mesmo tempo, pretende-se desenvolver as especificidades necessárias às estruturas do cuidado dentro dessa lógica, contrapondo-se à lógica anacrônica que previa apenas as estruturas ambulatorial e hospitalar. Ou seja, propõe-se uma estrutura mais complexa e, ao mesmo tempo, mais operacional.

FIGURA 2

LINHAS DE CUIDADOS TRAÇADAS A PARTIR DAS AVALIAÇÕES FUNCIONAIS

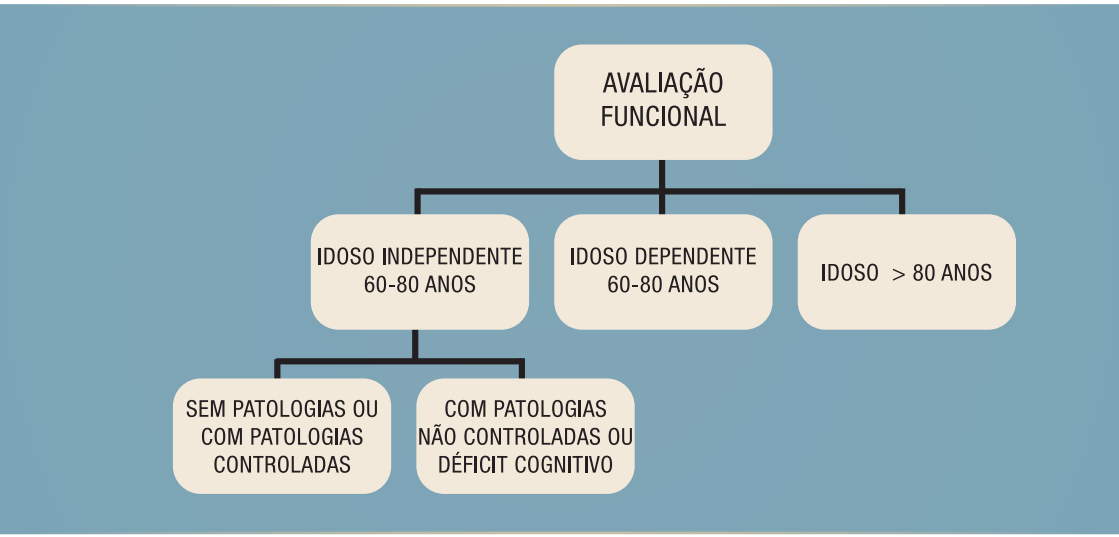
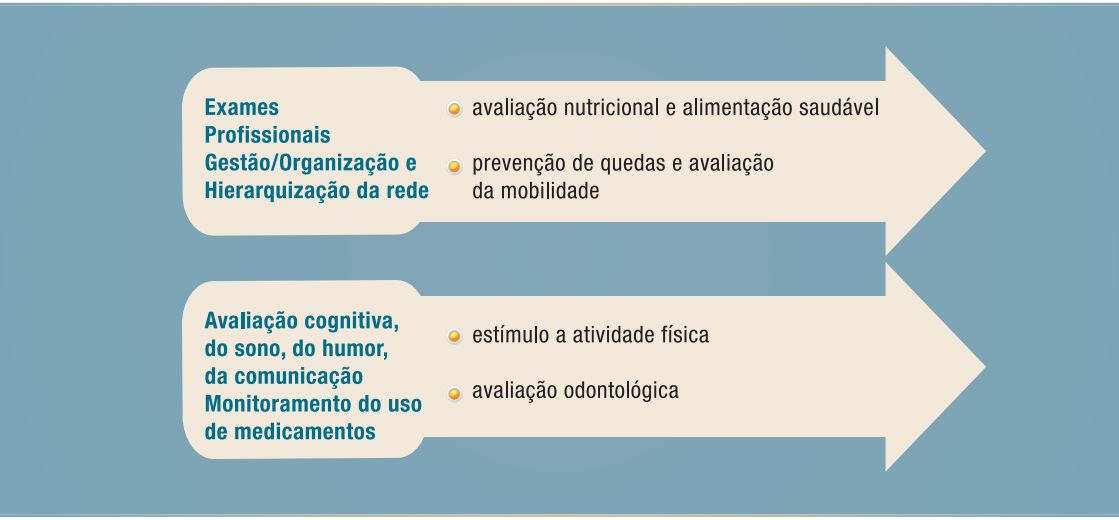


FIGURA 3

AÇÕES NECESSÁRIAS EM CADA LINHA DE CUIDADO, DE ACORDO COM SUAS ESPECIFICIDADES



Assim, deve-se estabelecer as necessidades em saúde de cada grupo (exames necessários, sua peridiocidade, melhor forma de captação dos beneficiários). Para detalhar esse ponto, a ANS, com a colaboração da SBGG, estuda a construção de protocolos com a melhor evidência atual.

Outros temas que devem ser tratados de maneira diferente em cada linha de cuidado são: monitoramento do uso de medicação (assunto de extrema importância para essa faixa etária e que para a linha de cuidado de idosos independentes pode ser feita de forma menos complexa do que para os outros grupos, por exemplo). A avaliação cognitiva e seu estímulo também serão diferentes dentro de cada linha de cuidado, sendo na primeira linha a manutenção das funções cognitivas e, nas outras, a prevenção de sua deterioração ou sua estabilidade, com reabilitação. Alguns temas são transversais a todas as linhas: avaliação e diminuição do risco de quedas, avaliação do risco nutricional e avaliação da saúde bucal. A prática de exercícios ou o combate à inatividade física também devem ser avaliados e

desenhados dentro da possibilidade de cada caso/linha de cuidado.
A iatrogenia no idoso é um tema importante a ser avaliado, uma vez que os idosos muitas vezes usam múltiplos medicamentos, nem sempre de maneira organizada e planejada. Para esse tema, a presença de uma figura que centralize o cuidado é essencial. A reabilitação também é tema central, uma vez que pode trazer o idoso de volta a um grau menor de dependência, que é um dos grandes objetivos para o idoso com algum grau de limitação. O tema também será tratado de aneira mais detalhada em publicações subsequentes.

Faz-se necessário lembrar que o idoso deve ser informado sobre todas as estruturas existentes e como recorrer a elas em caso de necessidade. O imediato acesso à operadora e os esclarecimentos de qualquer dúvida sobre o processo assistencial são fundamentais para o sucesso do sistema. Exemplo importante é a informação do caminho a ser percorrido em caso de urgência e emergência, e como identificar uma situação dessas.

Os programas para promoção e prevenção devem ser constituídos de acordo com cada perfil de linha de cuidado. A compreensão de que se deve investir no idoso saudável, mesmo aquele com doença crônica e em tratamento – ou seja, a imensa maioria dos idosos da nossa sociedade – e disponibilizar programas qualificados para os demais, é uma visão contemporânea que os gestores da área devem aplicar. Identificar o quanto as patologias crônicas impedem os idosos de exercer suas atividades rotineiras de forma independente e autônoma é essencial. É a diminuição da capacidade funcional do idoso que o tornará, de alguma forma, dependente de um nível mais complexo de assistência (Veras, 2012).

Os programas devem ser parte integrante do plano de cuidados e do "caminho" assistencial a ser percorrido pelo beneficiário, e não um "acessório", deslocado do todo – esse é o maior desafio para os programas de promoção e prevenção na atualidade. Essa integração é definidora do sucesso do programas e de seu retorno assistencial e financeiro.

As diretrizes e protocolos clínicos também são essenciais na construção do plano de cuidados. Eles devem direcionar a boa prática, ser pautados na melhor evidência disponível e adequados a cada situação clínica.

No que se refere à saúde bucal, existe um desafio antigo a ser vencido na

medicina e na odontologia, que é a abordagem da cavidade oral como algo separado e isolado do restante do corpo, que por sua vez leva a não se reconhecer a saúde oral como componente importante da saúde geral do indivíduo. Quanto mais longa é a vida média da população, mais importante se torna o conceito de qualidade de vida, e a saúde bucal tem papel relevante nesse contexto. A Organização Mundial da Saúde, no documento publicado em 2005, intitulado "Oral Heath in Ageing Societies" salienta que a saúde oral é essencial e integral para a saúde geral, sendo fator determinante para a qualidade de vida – ou seja, saúde oral e saúde geral estão fortemente associadas.

A importância das doenças orais – perda de dentes, cáries, doenças periodontais, xerostomia (boca seca) e câncer oral – é mais elevada em pessoas idosas, exercendo enorme impacto negativo na qualidade de vida. Portanto, certas condições de saúde oral têm sido associadas a doenças crônicas, sendo as relações entre saúde geral, saúde oral e qualidade de vida bastantes pronunciadas na idade avançada. As pesquisas sobre a inter-relação entre saúde bucal e saúde geral têm se concentrado principalmente nas associações apresentadas no quadro 1, a seguir.

QUADRO 1

ASSOCIAÇÕES ENTRE SAÚDE GERAL E SAÚDE ORAL

SAÚDE GERAL	SAÚDE ORAL
Doenças neurológicas como Demência e doença de Parkinson	•Níveis elevados de cáries; perda de dentes; •Doenças periodontais/negligência da higiene oral; •Dor •Dificuldades em mastigar; •Baixa funcionalidade das próteses dentárias
Dificuldades Visuais	•Cáries dentárias; •Sangramento das gengivas; •Capacidade reduzida para manter saúde oral.
Xerostomia relacionada com doenças sistémicas, radiações na cabeça e pescoço, ou medicação regular	•Cáries dentárias; •Incapacidade para mastigar, engolir e falar
Nutrição desadequada	•Doença periodontal; •Perda de dentes; •Higiene oral pobre; •Funcionalidade para mastigar e engolir; paladar; •Secura na boca; •Dor; •Câncer oral.
Perda de peso	•Edentulismo
Doenças respiratórias: - Doenças pulmonares obstrutivas crônica - Pneumonia por aspiração	•Higiene oral pobre; •Doença periodontal; •Dificuldades em engolir.
Doenças cardiovasculares: - Doença coronária - Enfarte	•Perda de dentes; •Doença periodontal severa.
Diabetes mellitus (tipo 1 e 2)	•Doença periodontal severa.

A abordagem da pessoa idosa nesse ambiente complexo, onde o conceito de "doença única", um único problema, pode explicar todos os sinais e sintomas, não se aplica. Desta forma, o plano do cuidado da pessoa idoso baseado numa avaliação mais ampla, como a AGA, por exemplo, pode identificar a presença de declínio funcional e sugerir a presença de doenças ou alterações ainda não diagnosticadas, fazendo um balanço entre as perdas e os recursos disponíveis para sua compensação (Brasil, 2007), abordando inclusive aspectos relacionados ao contexto bucal e sua capacidade para realizar atividades de autocuidado.

Algumas das principais doenças bucais estão relacionadas à manutenção de níveis adequados de higiene bucal, às incapacidades que dificultem ou impeçam os cuidados bucais, devendo-se reconhecer a importância de avaliar a capacidade para o autocuidado bucal. Vários instrumentos têm sido descritos e desenvolvidos sobre a autopercepção da saúde bucal, dentre eles o GOHAI (*Geriatric Oral Health Assessment Index*). Apesar de ter sido designado inicialmente para avaliar o impacto das doenças bucais em indivíduos e populações idosas, esse instrumento também é indicado para adultos de todas as idades (Araújo et al., 2008). A autopercepção permite avaliar a influência da saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos, não somente a relação com as consequências físicas, mas também as sociais e psicológicas. Dessa forma, a utilização de um índice de autopercepção de saúde bucal como o GOHAI, associado à avaliação clínica, produz uma abordagem mais ampla das necessidades (Vargas et al., 2011).

A hierarquização da rede é outro aspecto fundamental para a lógica do plano de cuidado, pois une pelo menos dois elementos fundamentais para o cuidado do idoso: a possibilidade de diminuição de iatrogenias e a centralização do cuidado, gerando sua organização. Além disso, é possível inserir a lógica de promoção e prevenção por todo o cuidado de forma articulada, possibilitando também o monitoramento dos resultados esperados.

A lógica de organização e articulação de recursos de saúde em diferentes níveis não é novidade. Em 1958, Leavell e Clark, na clássica obra *Medicina Preventiva*, apresentaram uma organização da atenção à saúde estruturada em três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária – ou seja, assistência básica, assistência especializada e reabilitação. O enfoque de

Leavell e Clark, centrado no indivíduo, não é adequado para as doenças com curso muito longo, como as crônicas não-transmissíveis, sua prevenção envolve medidas não só voltadas para o indivíduo e família, como também para o ambiente e estilo de vida. O modelo de Leavell e Clark enfatiza a importância da prevenção e da reabilitação, quando da formulação de sua teoria, mesmo em um momento onde a transição demográfica não havia acontecido e a sociedade tinha outra configuração populacional – bem mais jovem.

Veras (2011) propõe a organização de sete níveis de atenção (ver figura 4), considerando que a linha de cuidado ao idoso tende a ser um processo que evolui em direção à maior complexidade. Esta é a tendência, apesar das raras exceções, e as etapas não podem ser absolutamente fixas, pois existe a possibilidade de reversão da incapacidade e retorno a um patamar de menor complexidade, dependendo da situação.

Um modelo de atenção à saúde do idoso precisa possuir um fluxo de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstia, cuidado o mais precocemente possível e reabilitação de agravos. Geralmente, tais ações acontecem simultaneamente em todos os níveis de atenção, pois o idoso consome serviços de atenção terciária, secundária e primária. Para que uma linha de cuidado ao idoso pretenda apresentar eficácia e eficiência, precisa incluir uma lógica de rede articulada, referenciada, com sistema de informação único. Assim, essa proposta prevê a definição de um modelo hierárquico, desde o idoso saudável e ativo até o momento final da vida – em outras palavras, desde seu acolhimento e cadastramento no sistema até os cuidados paliativos na fase terminal. Será conferida aqui ênfase especial aos primeiros níveis, onde se concentram em torno de 90% dos idosos. O sistema apresentado neste texto está estruturado com base em uma subdivisão com sete níveis hierárquicos, quais sejam :

1. Porta de entrada do sistema: acolhimento, cadastramento, triagem breve,informações do modelo.

2. Centro de convivência (local de promoção de educação e saúde, informações sobre hábitos saudáveis, ações preventivas e realização da AGA).

3. Ambulatórios: (a) Ambulatório de complexidade 1; (b) ambulatório de complexidade 2.

4. Assistência domiciliar (assistência, procedimentos e internação domiciliar); centro-dia; hospital-dia.

5. Hospital de curta permanência (tratamento da fase de agudização das doenças crônicas).

6. Instituição de longa permanência; asilo (*nursing homes*).

7. *Hospice* ou cuidados paliativos na fase terminal.

O primeiro nível do modelo seria o da recepção, realização de cuidados básicos e informações- porta de entrada do sistema. Esta porta de entrada organizada deveria ocorrer na infância e, a partir daí, a pessoa deveria ser monitorada ao longo da vida. Mas, para o idosos essa proposta é determinante para o melhor acompanhamento de seu plano de cuidado.

A porta de entrada é o momento da identificação do idoso, local onde seus dados são imputados no sistema de informação e é dado início a todos os registros de saúde até o final da sua vida. Este prontuário eletrônico se diferencia dos existentes, pelo fato de haver registro não apenas de saúde, per si, mas de sua história de vida e eventos de saúde. A recepção é o momento de apresentação do cuidado a ser oferecido, das recomendações básicas para beneficiário – enfim, do acolhimento. No prontuário que será iniciado, será realizada uma triagem epidemiológica básica. Este screening pode ser um conjunto de variáveis utilizadas por Boult, Karm e Gorves (2008) O autor propõe oito variáveis, nomeadas “Triagem Rápida” (TR), que avalia, sobretudo, algumas características operacionais. Não obstante o pequeno número de questões deste instrumento há um grau de confiabilidade bastante grande nos seus achados.

A TR deve ser aplicada em todos os idosos. Ela permite uma grande flexibilidade em seu uso, visto que os entrevistadores poderão ser auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde ou telefonistas, treinados.

A porta de entrada também deve ser o local para se fornecer um conjunto

de ações básicas e simples aos idosos, com a explicação da proposta do plano cuidado. O beneficário deve ser convidado a freqüentar a instância imediatamente superior, o nível 2, em data e hora previamente agendadas. O profissional que fará esta recepção do beneficiário deverá ter uma compreensão global da proposta e ser capaz de aplicar o screening básico de saúde do beneficiário.

Devem ser utilizados 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 níveis posteriores, com a criação de critérios de prioridade vinculados à natureza da demanda e não à fila de espera.

No segundo nível, tem-se a proposta de utilização de um centro de prevenção e promoção de saúde, além de vacinas, palestras, etc. Deve haver o estímulo à nutrição adequada e atividades físicas, grupos de convivência, além da avaliação geriátrica ampla (AGA), que estabelecerá o perfil de saúde deste beneficiário. Todas estas informações serão cadastradas nos prontuários eletrônicos.

Como já mencionado, é essencial saber o quanto as doenças crônicas impedem o idoso de exercer suas atividades rotineiras de forma autônoma e independente. Portanto, a AGA é importante para precisar um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequado 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.

O nível 3, ambulatório, está estruturado em dois segmentos: o básico, para aqueles com apenas uma queixa e doença, e com a capacidade funcional preservada – que poderiam ser atendidos no serviço por médicos clínicos ou generalistas não geriatras, desde que treinados e qualificados. E o segundo segmento, para os idosos com síndrome geriátrica e fragilizados ou em processo de fragilização, que necessitam de acompanhamento especializado, mais pormenorizado e de maior complexidade, onde o

cuidado pode ser realizado por médicos geriatras e equipe multidisciplinar de saúde. Deste modo, o cuidado ambulatorial conta com duas etapas que se diferenciam pela profundidade e abrangência das ações, organizadas em níveis crescentes de complexidade, capazes de selecionar subgrupos de indivíduos que, por suas características de risco, devem progredir diferenciadamente na estrutura de atenção. Esta estrutura visa a ampliar a qualidade de vida para o idoso, bem como estabelecer uma relação custo-benefício favorável aos sistemas de saúde.

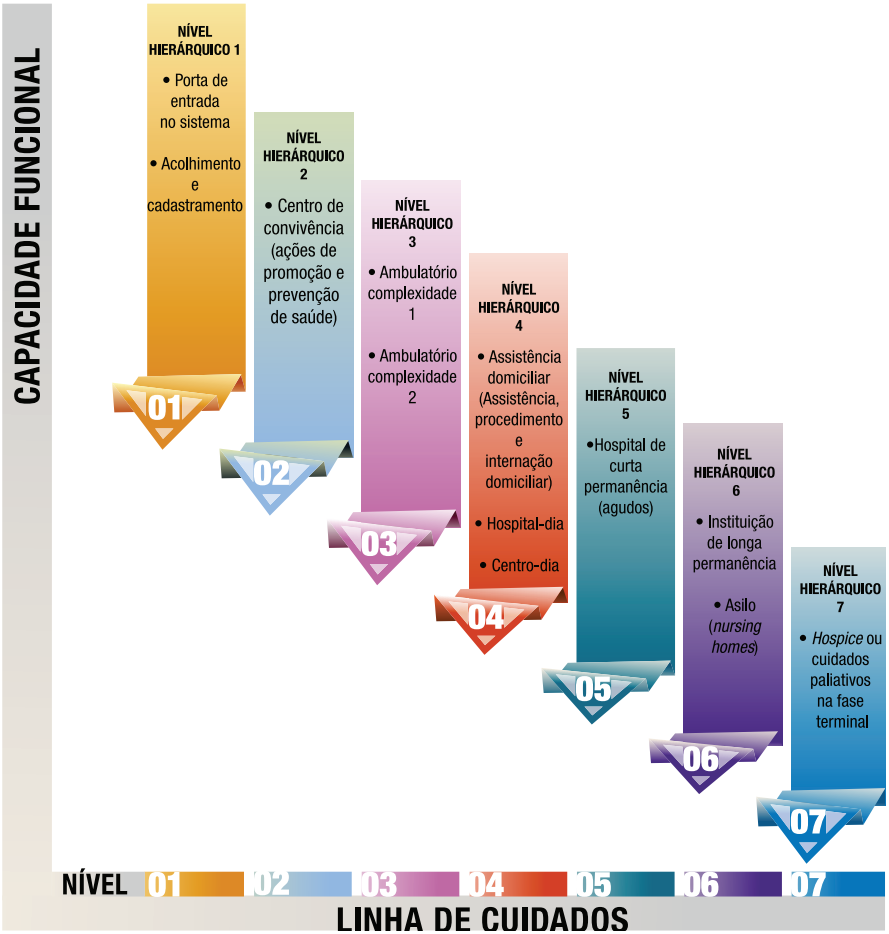
À semelhança do nível ambulatorial, o nível 4 também trabalharia com a lógica preventiva, e tem por objetivo reduzir a progressão e as complicações de uma doença já sintomática, sendo aspecto importante da terapêutica e da reabilitação. Deveria ser utilizada uma instância de cuidado, anterior a do hospital (nível 5), através da assistência domiciliar ou hospital-dia, pois o nível 5 deve ser reservado apenas para os eventos agudos da doença crônica, preferencialmente por um curto período. Sabemos da importância do hospital e não desprezamos sua capacidade no processo de recuperação de um doente, mas esta instância deve ser reservada para casos bem específicos e definidos, e pelo menor período possível. Após a remissão da fase aguda, o hospital de baixa complexidade ou assistência domiciliar deveria ser o melhor local de continuação do tratamento. E por último, os níveis 6 e 7 englobam as instituições de longa permanência, os asilos (nursing homes) e os hospice ou cuidados paliativos na fase terminal.

Existem várias sugestões de modelos de hierarquização de cuidado. O importante é que cada operadora tenha conhecimento de sua carteira, seu perfil e necessidades, de modo a construir a melhor forma de organizar sua prestação de serviços. Uma coisa é certa: sem a organização do cuidado do idoso e sem a elaboração de um plano de cuidados, o envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de doenças crônicas no setor suplementar de saúde brasileiro podem deixar de ser oportunidades e se tornarem entraves para a sustentabilidade do sistema de saúde suplementar brasileiro.

Neste sentido, ressaltamos a necessidade de que todos os envolvidos no processo de organização do cuidado à saúde dos idosos sejam estimulados a repensar o modelo, com o propósito de construir um sistema de saúde mais humano, participativo e de qualidade, que contribua efetivamente para a melhoria da vida dos idosos na saúde suplementar.

FIGURA 4

HIERARQUIZAÇÃO DA ATENÇÃOAO IDOSO BASEADO NA COMPLEXIDADE DOS CUIDADOS



Fonte: Veras (2011a)

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Manual técnico de promoção da saúde e prevenção dos riscos e doenças na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2009.

_____. Caderno de Informação da Saúde Suplementar, de junho de 2010.

ARAÚJO, P. F. et al. Quality of life of adults and elderly individuals who search the Piracicaba dentistry school service for total dental prostheses. Rev Odontol UNESP, v. 37, n. 2, p. 109-116, 2008.

ATCHISON, K.A.; DOLAN TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. Journal of Dental Education, v. 54, n. 11, p. 680-7, 1990.

BAUER, J. G. The index ADOH: concept of measuring self care functioning the elderly. Special care dentistry, v. 21, p. 63-67, 2001.

BÉLAND, F.; HOLLANDER, M.J. Integrated models of care delivery for the frail elderly: international perspectives. Gac. Sanit., Barcelona, v. 25, p. 138-146, 2011.

BOULT, C.; WIELAND, G.D. Comprehensive Primary Care for Older Patients With Multiple Chronic Conditions. JAMA, Chicago, v. 304, p. 1936-1943, 2010.

BOULT, C.; KARM, L.; GORVES, C. Improving chronic care: the “Guided Care” model. Perm. J., Portland, v. 12, p. 50-54, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº. 2528/2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância,

prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral de Saúde Bucal. Projeto SB-Brasil 2010: Pesquisa nacional de saúde bucal. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CECÍLIO, L.C.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas: Unicamp, 2003.
DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q, v. 44, p. 166-203, 1996.

GEYMAN, J.P. Disease management: Panacea, another false hope or something in between? Ann Fam Med, n. 5, p. 257-260, 2007.

GIACOMIN, K. C. et al. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, v. 24, n. 6, p. 1260-1270, 2008.

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.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-2008. Disponível em:<www.ibge.gov.br> Acesso em: 13 julho 2012.

IBGE. Censo 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. Medicina Preventiva. São Paulo: Mc GrawHill, 1976.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. P. Saúde pública e envelhecimento. Cad Saude Pública, v. 19, n. 3, p. 700-1, 2003.

LOLLAR, D. J.; CREWS, J. E. Redefining the role of public health in disability. Annu. Rev. Public Health, n. 24, p. 195-208, 2003.

LOURENÇO, R. et al. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. Rev Saúde Pública, v. 39, n. 2, p. 311-8, 2005.

MENDES, E. V. Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: Governo do Estado de Minas Gerais, 2007.

MORAES, E.N. Atenção à saúde do Idoso:aspectos conceituais. Brasília: OPAS/MS, 2012.

_____. Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia. São Paulo: Coopmed, 2006.

MORATO, M. A.; FERNÀNDEZ, G. J. M. Metodologias de prospectiva tecnológica industrial. Curitiba: Unindus, 2004.

MOTTA, L. B.; NOVAES, R. H. L. Levantamento do perfil de idosos internados em um hospital geral: análise do processo de internação frente às demandas da população geriátrica. Textos sobre Envelhecimento, Rio de Janeiro, v. 3, n. 6, 2001.

NERI, M. et al. Inflação e os idosos brasileiros. In: CAMARANO, A. A. (Org.). Os Novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro, IPEA, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial de Saúde: Cuidados de Saúde Primários. Agora mais do que nunca. Brasília: OMS, 2008.

PAIXÃO JR, C.M.; REICHENHEIM, M. E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 7-19, jan-fev 2005.

PESSÔA, L. R.; SANTOS, E. H.; TORRES, K R (Org). Manual do Gerente: desafos da média gerência na saúde. Rio de Janeiro: ENSP, 2011. 208 p.

PINHEIRO, R.; SILVA JR, A. G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, R., MARTINS, P. H. (Org.). Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009, p. 37-52.

ROMERO, D. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002.

ROSA, L. B.; ZUCCOLOTO, M. C. C.; BATAGLION, E. A. S. Geriatric dentistry: oral health in the third age. RFO, v. 13, n. 2, p. 82-86, maio/ago 2008.

VARGAS, A. M.; VASCONCELOS, M.; RIBEIRO, M. T. F. Saúde Bucal: atenção ao idoso. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.

VERAS, R. P. A necessária gestão qualificada na área da saúde: decorrência da ampliação do segmento etário dos idosos. J. Bras. Econ. Saúde, v. 3, n. 3, p. 31-39, 2011.

_____. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, mai-jun 2003.

_____. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

_____. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. Rev. bras. geriatr. gerontol. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, 2011(a).

_____. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 1, p. 231-238, 2012.
VERAS, R. P. et al. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. Cienc Saude Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1119-26, 2008b.

_____. Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil. Rev Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 497-502, 2008.

_____. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro, Relume-Dumará/UERJ, 1994.

_____. Promovendo a saúde e prevenindo a dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes. Revista brasileira de geriatria e gerontologia, Rio de Janeiro, v. 10, p. 355-70, 2007.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P. Produção de cuidados à pessoa idosa. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1104-1104, 2008.

VERAS, R. P.; PARAHYBA, M. I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. Cad Saude Publica, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2479-89, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Oral Heath in Ageing Societies: Integration health oral and general health. Report of meeting convened at the WHO Centre for Health Development in Kobe, Japan. Geneve: WHO, 2005.

ANS Agência Nacional de Saúde Suplementar

Ministério da **Saúde**

GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA