

Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção

I ¹ Renato Peixoto Veras, ² Célia Pereira Caldas, ³ Hesio de Albuquerque Cordeiro I

Resumo: A partir de uma análise crítica sobre os atuais modelos de atenção à saúde para idosos, este artigo de opinião apresenta uma proposta de linha de cuidados para este segmento etário tendo como foco a promoção e prevenção da saúde. A alternativa para evitar a sobrecarga desse sistema é investir em políticas de prevenção de doenças, estabilização das enfermidades crônicas e manutenção da capacidade funcional. O conhecimento científico já identificou corretamente os fatores de risco para a população idosa, mas isso não basta. É prioritário utilizar esse conhecimento para efetuar a necessária transição do modelo assistencial clínico para o modelo com ênfase na prevenção. O modelo precisa configurar-se como um fluxo de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos. Ou seja, uma linha de cuidado para o idoso que seja um percurso assistencial por dentro de uma rede articulada, referenciada e com um sistema de informação desenhado em sintonia com essa lógica.

► **Palavras-chave:** Envelhecimento humano; Idoso; Prevenção de Doenças; Doença Crônica, Linha de cuidado.

¹ Professor associado, Departamento de Epidemiologia/Instituto de Medicina Social da UERJ. Diretor da Universidade Aberta da Terceira Idade - UnATI/UERJ, Rio de Janeiro, Brasil. Endereço eletrônico: unativeras@gmail.com

² Professora associada, Departamento de Saúde Pública/Faculdade de Enfermagem. Vice-Diretora da Universidade Aberta da Terceira Idade - UnATI/UERJ, Rio de Janeiro, Brasil. Endereço eletrônico: celpcaldas@hotmail.com

³ Professor adjunto, Instituto de Medicina Social; pesquisador senior do Grupo de Pesquisa Envelhecimento e Saúde UnATI/UERJ; coordenador do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, Brasil. Endereço eletrônico: hesioalbuquerque@gmail.com

Recebido em: 17/01/2013.
Aprovado em: 27/08/2013.

Introdução

De acordo com projeções do Banco Mundial (2011), a velocidade do envelhecimento populacional no Brasil será significativamente maior do que ocorreu nas sociedades mais desenvolvidas no século passado. A estimativa é que a população idosa mais do que triplique nas próximas quatro décadas, passando de 20 milhões em 2010 para cerca de 65 milhões em 2050. Dessa forma, os idosos – que em 2000 compunham 10% da população – somarão 49% em 2050, ao passo que a população em idade escolar diminuirá de 50% para 29% no mesmo período. Essas variações na estrutura etária resultarão em maiores pressões sobre os sistemas de saúde brasileiros, que registrarão aumento significativo de demanda, e sobre a previdência social, uma vez que o tempo de concessão do benefício de aposentadoria será naturalmente ampliado.

À medida que a sociedade envelhece, os problemas de saúde dos idosos desafiam os modelos tradicionais de cuidado. Os avanços da tecnologia, da ciência e da medicina oferecem àqueles que utilizam as modernas ferramentas para a manutenção da saúde a chance de desfrutar por mais anos de vida na velhice (VERAS, 2011b). O que nos desperta particular interesse, portanto, são as consequências da ampliação do tempo de vida da população no que diz respeito às políticas sociais, e em especial na área da saúde.

Como consequência de uma população mais envelhecida, a promoção e a educação em saúde, a prevenção e o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia são ações que precisam ser ampliadas. Afinal, não basta simplesmente viver mais; é essencial que os anos adicionais sejam desfrutados com qualidade, dignidade e bem-estar. Assim, as estratégias de prevenção ao longo de todo o curso da vida se tornam mais importantes para resolver os desafios de hoje e, de forma crescente, os de amanhã (VERAS, 2009).

Esse modelo teórico tem uma lógica pragmática, implicada na viabilidade de implantação e baseada em resultados mensuráveis. Tal lógica é aplicável a qualquer rede de atenção ao idoso, seja pública ou privada. No entanto, devido ao tamanho e complexidade do SUS e às imensas diferenças político-estruturais entre os municípios que o compõem, esse modelo termina por se voltar para o setor privado, uma vez que para implantá-lo é necessário dispor de uma agilidade que o setor público não possui.

O modelo proposto neste artigo de opinião se baseia na identificação precoce dos riscos de fragilização dos usuários. Ou seja, busca-se intervir antes do agravo ocorrer, ou, pelo menos, o mais próximo possível, considerando-se que é viável fazer esse tipo de intervenção em uma população cujo maior fator de risco é a própria idade (VERAS, 2011c).

O modelo conceitual desta análise

A partir de uma análise crítica sobre os atuais modelos de atenção à saúde para idosos, este texto apresenta uma proposta de linha de cuidados ao idoso que tem como foco a promoção e prevenção da saúde. A análise busca os aspectos favoráveis e os aspectos críticos para a promoção da saúde, e para a prevenção do risco de perda da funcionalidade do idoso, considerando os desafios de se criar modelos contemporâneos e efetivos para este segmento etário.

Baseamo-nos em concepções de quatro instituições, cada uma com características e papéis distintos, representantes de diferentes segmentos da área de saúde, em comum todas propõem uma reorganização dos sistemas de saúde, com foco em melhores resultados assistenciais e um cuidado mais adequado ao idoso, como pode ser observado na descrição, que se segue: a) Organização Mundial da Saúde (OMS), com sua conceitualização do Envelhecimento Ativo; b) Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com a indução e a reorganização dos modelos assistenciais através da ênfase na promoção e prevenção; c) UNATI/ UERJ com o Projeto de Hierarquização da Atenção ao Idoso com Base na complexidade dos Cuidados; e d) Projeto da PruHealth, empresa prestadora de serviços de saúde, no Reino Unido.

Consideramos que este movimento de mudança de paradigma está em processo e esses quatro experimentos são um avanço em relação aos modelos atuais. Assim, nos posicionamos de forma favorável a sua adoção e os adotamos para a base da análise deste artigo.

Envelhecimento ativo

O termo “envelhecimento ativo” foi adotado pela OMS no final dos anos 1990. Procura-se transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento saudável” ao reconhecer que, além dos cuidados com a saúde, outros fatores afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (KALACHE;

KICKBUSCH, 1997). A abordagem do envelhecimento ativo¹ baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (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, contribuiu para o desenvolvimento dessas ações no setor de saúde suplementar; induziu a reorientação dos modelos assistenciais vigentes; contribuiu para a qualificação da gestão das operadoras, incentivando-as a conhecer o perfil de saúde e doença da sua população de beneficiários; estimulou a adoção de equipe multiprofissional e a integralidade do cuidado; contribuiu para a qualificação da assistência prestada; e apoiou as ações para a melhoria da qualidade de vida dos usuários de planos privados de saúde.

Tais medidas vêm sendo observadas desde março de 2005, através da Resolução Normativa (RN) n. 94, que estabeleceu a prorrogação dos prazos para a integralização da cobertura com ativos garantidores das provisões de risco, 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, ao contabilizar os valores neles aplicados como investimentos. 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.

Outro movimento neste sentido foi o reconhecimento do processo de envelhecimento da população brasileira quando a ANS constituiu, em setembro de 2010, um grupo de trabalho voltado para a incorporação do Conceito de Envelhecimento Ativo, como definido pela OMS, em consonância com as políticas empreendidas pelo Ministério da Saúde (MS).

Em 2011 foi aprovada a RN n. 265/2011, que estabeleceu a opção por oferta da bonificação ou premiação para beneficiários que aderissem a programas de promoção do envelhecimento ativo, voltados para todas as faixas etárias,

estratégia testada e utilizada em outros países com a capacidade de aumentar a adesão a esses programas (ANS, 2011).

Em 2012, a ANS propôs o conceito de plano de cuidado do idoso na saúde suplementar, englobando os conceitos de linha de cuidado e projeto terapêutico. Assim, o plano de cuidado engloba a avaliação do beneficiário desde sua entrada no sistema, com a estratificação do seu risco / estado funcional e a definição da melhor linha de cuidado a ser seguida, como o caminho a ser percorrido a partir de então. Esse caminho inclui: procedimentos necessários, hierarquização de rede, programas de promoção da saúde e prevenção dos riscos e doenças adequados e integrados aos cuidados.

Universidade Aberta da Terceira Idade da UERJ

A Universidade Aberta da Terceira Idade da UERJ (UnATI/UERJ) é um centro de estudos, ensino, debates, pesquisas e assistência voltado para questões inerentes ao envelhecimento, e por meio da formação de recursos humanos em geriatria e gerontologia, vem contribuindo para a transformação do pensar da sociedade brasileira sobre os seus idosos.

Uma das importantes pesquisas da instituição, com inúmeros artigos científicos publicados sobre o tema, é o projeto “Hierarquização da Atenção ao Idoso baseado na Complexidade dos Cuidados”, voltado para a qualidade de vida do idoso, buscando orientar os formuladores de políticas de saúde sobre os modelos contemporâneos e resolutivos, com uma relação custo-benefício favorável. O projeto tem como propósito basilar oferecer bom padrão de saúde e qualidade para os idosos e seus familiares, mesmo reconhecendo que nessa fase da vida as enfermidades levam à perda da qualidade, devido à ampliação dos anos de vida, e sua consequente ampliação da fragilidade.

A pesquisa explora todas as fases, estruturadas de modo 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. A identificação do risco e a integralidade da atenção nos diferentes pontos da rede são o cerne dessa lógica. Uma vez identificado o risco, a prioridade é a reabilitação precoce, a fim de reduzir o impacto das condições crônicas na funcionalidade. A ideia é monitorar a saúde e não a doença. A intenção é postergar a doença, a fim de que o idoso possa usufruir seu tempo a mais de vida.

PruHealth

Um exemplo emblemático das tentativas que estão sendo colocadas em prática no mercado de saúde pode ser observado no Reino Unido (MATISONN, 2006). Lá, os clientes de uma das maiores seguradoras, a PruHealth, recebem benefícios 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. Em síntese: um estilo de vida mais saudável pode levar à redução no valor da apólice de saúde.

A experiência inglesa merece reflexão, pois há uma clara mensagem: os planos de saúde operam numa espécie de mutualismo, em que os menos saudáveis consomem mais serviços médicos e inflacionam os valores pagos por quem está com sua capacidade funcional preservada e em boa forma. Por muitos anos, tivemos dificuldade de aceitar estímulos financeiros para cuidar de nossa saúde. A aplicação do aporte epidemiológico e a ênfase em prevenção fazem com que essa 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.

O seguro saúde da PruHealth, projetado para a promoção da saúde dos associados, se propõe a recompensar financeiramente aqueles que fazem tais ações. Segundo a empresa prestadora, a razão para a criação do programa é simples: as pessoas que se cuidam devem ser recompensadas através de seu plano de seguro saúde. Se os associados fazem exercícios regularmente, comem bem, não bebem e não fumam, é mais provável que usem menos o plano de saúde.

Uma das recomendações para os associados PruHealth é a realização da triagem básica e avaliação de saúde na clínica de diagnóstico. A mesma lógica existe para as avaliações do preparo físico, que podem ser feitas em academias parceiras da PruHealth. Na área da nutrição, também há um programa bastante inovador. Ser saudável, para a empresa, deveria ser sua própria recompensa, mas ela entende que a maioria dos clientes necessita de motivação para começar.

Todos os que participam do programa têm direito a benefícios, e quanto maior for seu desempenho, maiores podem ser os benefícios (PRESTOM, 2009), que incluem descontos em bilhetes de cinema, viagens pelo trem

Eurostar e hospedagem de luxo nos spas, bem como generosas recompensas por ocasião da renovação do plano. A imagem que a empresa deseja passar é a de que o programa beneficia todos os clientes de todas as formas, com mais saúde e a custos mais baixos.

Em suma, podemos dizer que a empresa de saúde PruHealth radicaliza a cartilha do *lifestyle*, ou seja, a proposta da empresa é apostar neste achado da epidemiologia e repassar bonificação para que seus associados sigam de forma disciplinada a cartilha da vida saudável. Sabe-se que a pessoa estressada, que não faz exercício físico, tem hábitos alimentares inadequados, bebe e fuma, apresenta alta prevalência de doenças crônicas, então se deve fazer de tudo para evitá-las (NOSSEL, 2011). Para tal, os associados são bonificados e todos ganham, pois seus clientes estão vivendo mais e melhor, e a saúde financeira da PruHealth vai muito bem.

Em conjunto, essas ideias, proposições e ações das instituições mencionadas são os balizadores que consideramos o padrão que devemos discutir e aplicar.

Modelos de atenção específicos para idosos

O gerenciamento de doenças crônicas (também conhecido pela sigla GDC) é uma modalidade assistencial hegemônica que nasceu nos Estados Unidos e costuma aparecer como solução para todas as dificuldades na saúde (MATTKKE et al., 2006).

Apesar da crescente atenção aos detalhes e de uma abordagem cada vez mais sofisticada, o GDC acabou assim rotulado: “enfermeiros anônimos telefonando para centenas de pacientes a quilômetros de distância e oferecendo apenas conselhos superficiais”. Não por acaso, algumas vezes se levantam contra esse método, até mesmo entre os norte-americanos (SIDOROV, 2012; BERNSTEIN et al., 2010).

Embora a ideia de dispor de enfermeiros telefonando para pacientes tenha méritos, sua aceitação declinou nos Estados Unidos devido a três constatações: 1) um relatório do US Congressional Budget Office indicou que, após muitos anos de atividade, pouca evidência científica foi produzida para demonstrar que gerenciamento de doenças poderia reduzir custos dos cuidados de saúde (HOTLTZ-EAKIN, 2004); 2) uma avaliação prospectiva do gerenciamento de doenças oferecido aos beneficiários do Medicare (sistema de seguro-saúde

para idosos gerido pelo governo norte-americano) demonstrou que as ações não estavam conseguindo reduzir despesas (McCALL et al., 2008); e 3) a insatisfação de médicos que se ressentiam da decisão das seguradoras de pagar os custos de gerenciamento de doenças, possivelmente reduzindo seus ganhos e, além disso, interferindo na relação médico-paciente (SHENKEL, 2005; BODENHEIMER, 2000). Pelo menos uma empresa de gerenciamento de doenças foi obrigada a declarar falência, ao passo que outras foram adquiridas, fundidas ou viram seu valor de mercado encolher drasticamente.

Programas de gerenciamento de doenças para idosos são ainda mais complexos e têm relação custo-benefício bastante baixa, pois tratar adequadamente uma doença apenas reduz os índices de morbidade de tal patologia. Como esses pacientes possuem múltiplas doenças crônicas, fica evidente que priorizar apenas uma doença, em detrimento das demais, não é a medida mais adequada. A melhor opção é estruturar modelos que funcionem de modo integrado e consigam dar conta de toda a gama de necessidades.

O maior problema da maioria dos modelos assistenciais vigentes talvez seja o foco exclusivo na doença. Mesmo quando se oferece um programa qualificado e inovador, as propostas são voltadas prioritariamente para a redução de uma determinada moléstia, esquecendo que numa doença crônica já estabelecida o objetivo não deve ser a cura, mas o monitoramento e a estabilização do quadro clínico. Para o adulto jovem com apenas uma doença crônica, estabelecer programas que evitem o recrudescimento dessa enfermidade é a política mais adequada e correta. Nossa crítica se dá quando essa proposta é estendida para todas as faixas etárias, em particular para os idosos, que são pacientes com múltiplas patologias crônicas.

O que defendemos para essa faixa etária são ações integradas. Não o gerenciamento de doença crônica, mas o monitoramento do perfil de saúde do doente. Muitas vezes, o tratamento de alguma manifestação só pode ser conduzido com a redução ou a suspensão de outras ações que já vinham sendo desenvolvidas. Não é possível tratar o idoso da mesma forma como se trata um adulto jovem. É necessário trabalhar com a lógica de uma linha de cuidado integrando a promoção e a atenção à saúde do idoso em todos os níveis. Esta estratégia é um aprofundamento de práticas preventivas, objetivando identificar precocemente agravos e fatores de risco envolvidos na perda da capacidade funcional (CALDAS et al., 2013).

Uma importante característica do contingente idoso é sua heterogeneidade. É razoável supor, por exemplo, que significativas parcelas do contingente idoso gozem 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, tendendo 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 (LOURENÇO et al., 2012) 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, 2012).

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.

De acordo com Pessoa, Santos e Torres (2011), um plano terapêutico é o fio condutor para o fluxo da linha do cuidado. Ainda segundo os mesmos autores, esses fluxos devem ser capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência. Segundo Cecílio e Merhy (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, quer privado ou suplementar, para que o mesmo possa atender com qualidade e de forma integral.

Investir em prevenção primária e secundária para idosos: um novo paradigma?

No livro *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos* (PORTER; TEISBERG, 2009), os autores defendem que a saúde precede a assistência. Consideram latente a necessidade de medir e minimizar o risco de doenças, oferecer um gerenciamento abrangente das enfermidades e garantir serviços de prevenção para todos os clientes, inclusive os saudáveis. Nesse escopo, afirmam que a saúde deve envolver a preparação para o serviço (que aumenta a eficiência da cadeia de valor), a intervenção, a recuperação, o monitoramento e o gerenciamento da condição clínica, a garantia de acesso, a mensuração de resultados e, por fim, a disseminação da informação.

Em todo o mundo, ainda existem divergências sobre o percentual ideal de investimento em promoção da saúde, em comparação com o volume destinado à assistência. Embora essa conta seja complexa e flexível, existe uma certeza: é necessário investir cada vez mais para evitar que as pessoas adoçam (PORTER, 2009). A prevenção não pode ser encarada como um custo, mas como um investimento de lucro certo, desde que bem conduzida.

Desta forma, o foco de qualquer política contemporânea deve ser a promoção do envelhecimento saudável, com manutenção e melhoria – na medida do possível – da capacidade funcional dos idosos, e a prevenção e/ou estabilização de doenças e recuperação da saúde dos que adoecem, bem como a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida (Veras; Caldas, 2008).

Quando estimulamos a prevenção, retardamos a ocorrência de doenças e colaboramos para que se preserve, no futuro, a capacidade funcional do ser humano. É justamente isto o que vai determinar a qualidade de vida dessa pessoa, não a presença ou ausência de enfermidades, uma vez que a maior parte dos males crônicos que acometem a pessoa idosa tem na própria idade seu principal fator de risco.

Com o rápido e intenso envelhecimento da população brasileira, a capacidade funcional passa a ser, afinal, o novo paradigma e o principal indicador estratégico na área da saúde. O conhecimento acumulado e as novas pesquisas deveriam estimular o setor de saúde a desenhar e/ou ampliar modelos mais contemporâneos, que ofereçam maior resolutividade e custo mais adequado em relação ao que é oferecido nos dias atuais. (VERAS et al., 2011, 2012b).

Envelhecer sem apresentar nenhuma doença crônica é muito mais a exceção do que a regra. Se considerarmos que a parcela de pessoas idosas fragilizadas só tende a crescer, como resultado do aumento da longevidade, é fácil compreender a importância de uma política de saúde com foco na manutenção da capacidade funcional, no investimento em metodologias para detecção precoce de doenças, no monitoramento dos agravos e no sistema do médico pessoal, entre outras medidas, em detrimento do foco em apenas algumas doenças e no abandono das demais, como ocorre com o gerenciamento das doenças crônicas para os idosos (LOURENÇO et al., 2005; VERAS, 2008a).

Prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e suas dificuldades

Por que é tão difícil implementar programas de prevenção, apesar de, no discurso, eles serem aceitos por todos? Ao longo das últimas décadas, verificou-se que as ações preventivas podem ser aplicadas à grande maioria dos problemas de saúde pública que afetam a população – tanto aqueles relativos às doenças transmissíveis como às não transmissíveis. Como exemplo, podemos citar a redução de mortalidade por doenças coronarianas e cerebrovasculares, a redução de incidência e mortalidade por câncer cervical, a diminuição da prevalência de consumo de fumo e da incidência de câncer do pulmão em homens. Assim, uma grande carga produzida por doenças pode ser evitada em termos sociais e econômicos (NICHOLS, 1998). A lógica da prevenção clínica é estabelecer o diagnóstico de uma doença o mais precocemente possível, com ênfase em pessoas que ainda não apresentam sinais ou sintomas da enfermidade. Haveria, conseqüentemente, no médio e longo prazos, a diminuição de internações e outros procedimentos de custo ainda mais elevado.

Há uma grande distância entre o desejo de aplicar novas ações de saúde e sua prática efetiva, além de uma carência de conhecimento científico e de informação

sobre modelos preventivos que sejam eficientes e adequados. Apesar de os conceitos preventivos já estarem bem estruturados e aceitos pelas operadoras, gestores e pelos profissionais de saúde, sua operacionalização ainda é bastante precária, particularmente no grupo etário dos idosos, em que existem alguns complicadores teóricos. O modelo preventivo foi concebido em um mundo menos envelhecido do que o atual. O destaque, portanto, foi conferido aos grupos populacionais mais jovens.

Em uma revisão de artigos sobre o tema, particularmente nos Estados Unidos, verificamos que o gerenciamento de doença crônica é majoritariamente voltado para a redução de custos e a diminuição das internações e focado nas pessoas já enfermas e com doenças crônicas instaladas (GEYMA, 2007; GIOVANELLA, 2011; LORIG et al., 1999; WENNBERG et al., 2010; BERNSTEIN et al., 2010).

Há consenso na aplicação das estratégias preventivas e no cuidado integral da saúde, um discurso favorável ao método entre os profissionais de saúde, possivelmente pelo fato de que ser contrário à prevenção é algo muito retrógrado – e, portanto, difícil de assumir. No entanto, quando se observa a prática, vê-se que, apesar do discurso hegemônico da prevenção, existe uma ênfase nos serviços assistenciais tradicionais (BAHIA et al., 2004).²

O risco das “verdades absolutas”

É importante não ignorar que os indivíduos vivem em sociedade. Cada qual com seus valores, suas ideologias e crenças; existem diferentes percepções em relação ao meio social, ambiental, cultural e religioso, entre outros. Condições estáveis e controladas pelo pesquisador somente são possíveis no laboratório. Por esse motivo, muitas “verdades científicas” não são aplicadas. Ou seja: existem conhecimentos que não trazem mudanças, nem transformação.

De acordo com o conhecimento científico atual, conhecemos perfeitamente as cinco grandes categorias de fatores de risco que retiram qualidade e anos de vida. São elas: 1) álcool; 2) tabaco; 3) estresse; 4) atividade física inadequada; e 5) alimentação inadequada. No entanto, manejar essas situações nem sempre é fácil. Um exemplo emblemático é a identificação de todos os fatores de risco alimentares já bem conhecidos e que trazem malefícios ao ser humano: sabemos perfeitamente que gordura animal, carne vermelha, açúcar e sal em

excesso, refrigerantes e álcool não fazem bem à saúde. Não se questionam estes indicadores, mas pensando de forma utópica e artificial, poderíamos dizer que um bom epidemiologista, que conheça todos os fatores maléficos ao ser humano, deveria propor o fechamento de todas as churrascarias existentes no Brasil, particularmente no Rio Grande do Sul, em nome da qualidade de vida saudável.

Com este exemplo, desejamos alertar para o fato de que há grande distância entre “verdades” e conhecimento científico e a possibilidade de mudanças imediatas e radicais. É necessário aprender a negociar, fazer pequenas mudanças, trabalhar oferecendo opções. Devemos considerar que a sociedade é muito mais complexa e que existem aspectos que jamais podem ser descartados, como o prazer, os desejos e a cultura. É possível, por exemplo, de forma impositiva “corrigir” uma dieta alimentar de um indivíduo, no entanto o resultado pode ser adverso se não levar em conta valores arraigados e pertencente a história deste indivíduo.

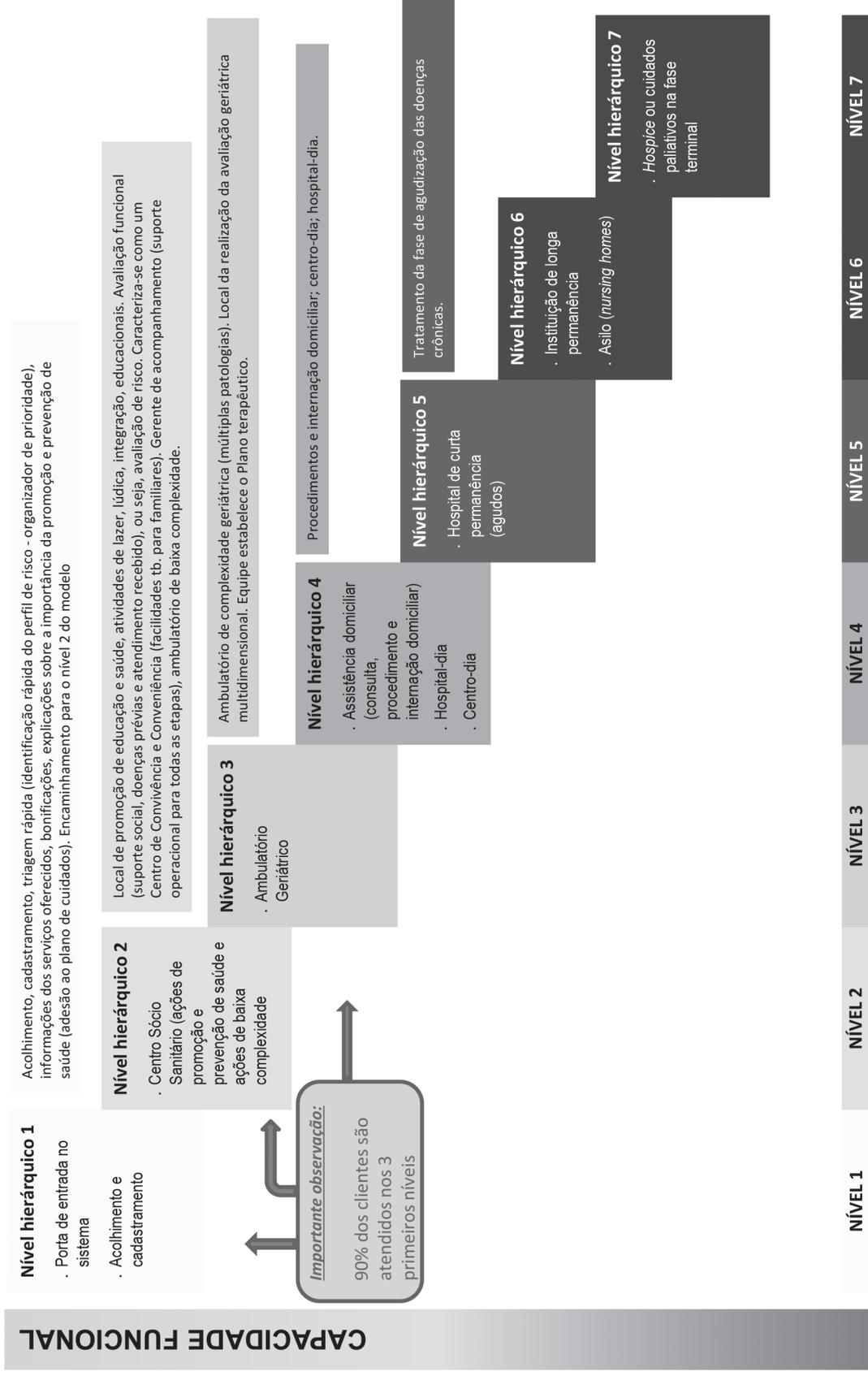
Pode ser frustrante saber que o conhecimento científico não tem as respostas nem as garantias que levem as mudanças. Por esse motivo, devemos ultrapassar o estágio atual e dar um salto. Não existem conduta de vida certa ou valores definitivos; a ciência não é imune a interesses e contradições. Caso aceitemos essas premissas e aprendamos a lidar com grupos heterogêneos, valorizando as diferenças e tentando negociar mudanças – e aceitando, muitas vezes, a impossibilidade de tais transformações –, poderemos obter melhores resultados.

Uma proposta de linha de cuidados para o idoso

Um modelo contemporâneo de saúde do idoso precisa reunir um fluxo de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos. Ou seja, uma linha de cuidado ao idoso que pretenda apresentar eficácia e eficiência deve pressupor uma rede articulada, referenciada e com um sistema de informação desenhado em sintonia com essa lógica.

A captação e o acolhimento no modelo integral de saúde do idoso deve ser uma ação valorizada, do mesmo modo que a identificação de riscos em idosos deve ser uma atividade que tenha a finalidade de encaminhar essa pessoa enferma para uma unidade mais apropriada a suas necessidades, ou seja, mais avançada na rede de cuidados (ver figura 1).

Figura 1. Hierarquização da atenção ao idoso baseada na complexidade dos cuidados



As instâncias de cuidado voltadas para o idoso devem ser estratificadas em níveis hierárquicos, não estáticos, de acordo com o grau de dependência e a complexidade das ações. O pressuposto básico é que o risco para a fragilidade é o que vai determinar o grau de atenção de que o idoso necessita (VERAS; CALDAS, 2008; VERAS, 2007). Assim, a melhor estratégia para um adequado cuidado do idoso é utilizar a lógica de permanente acompanhamento da sua saúde – ou seja: tê-lo sempre sob observação, variando apenas os níveis, a intensidade e o cenário da intervenção (VERAS et al., 2008b; Veras, 2009).

De acordo com Lourenço et al. (2005), é necessário formular novas concepções de assistência à saúde da população idosa, capazes de englobar as diferenças nas condições de saúde desse contingente populacional, sempre levando em consideração suas especificidades e peculiaridades. De acordo com os mesmos autores, a atenção aos idosos requer significativas alterações nos modelos clássicos de cuidado. “A compreensão de que se devem priorizar ações de saúde voltadas para o idoso saudável, aliadas a programas qualificados para os já doentes, é uma concepção de cuidado aceita por muitos gestores da saúde, mas ainda pouco implementada” (LOURENÇO et al., 2005).

Os “níveis hierárquicos” devem ser parte integrante do plano de cuidados e do “caminho” assistencial a ser percorrido pelo beneficiário. Esse é o maior desafio para os programas de promoção e prevenção na atualidade. Essa integração é definidora do sucesso do modelo, inclusive do ponto de vista financeiro.

A hierarquização da rede possibilita pelo menos dois elementos fundamentais para o cuidado do idoso: a diminuição de iatrogenia e a organização do fluxo de cuidados. Além disso, é possível inserir a lógica de promoção e prevenção por todo o percurso, possibilitando também o monitoramento dos resultados. 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.

Veras (2011a) propõe a organização de sete níveis de atenção, 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. O modelo está estruturado com base em uma subdivisão com sete níveis hierárquicos, quais sejam:

1. Porta de entrada do sistema; acolhimento, cadastramento, triagem breve (identificação rápida do perfil de risco - organizador de prioridade), informações do modelo informações dos serviços oferecidos, bonificações, explicações sobre a importância da promoção e prevenção de saúde (adesão ao plano de cuidados). Encaminhamento para o nível 2 do modelo.
2. Centro Sócio Sanitário, local de promoção de educação e saúde, de atividades de lazer, lúdica, integração e educacionais. Realiza-se a Avaliação funcional (suporte social, doenças prévias e atendimento recebido), ou seja, avaliação de risco. Caracteriza-se como um Centro de Convivência e Conveniência (facilidades também voltada para familiares). Todos os clientes terão um Gerente de acompanhamento (suporte operacional para todas as etapas), e local para Atendimento ambulatorial de baixa complexidade.
3. Ambulatório especializado: ambulatório de complexidade (ambulatório geriátrico), local de realização da Avaliação geriátrica multidimensional. Ações desenvolvidas sempre por uma Equipe multidisciplinar.
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 é de grande importância, pois nele se passa o acolhimento, ou porta de entrada estruturada, algo inexistente tanto no setor público como no privado; é onde deve ocorrer o primeiro contato com a operadora, local da recepção ao modelo e informações gerais do sistema.

A porta de entrada do sistema é o momento do acolhimento, da identificação da pessoa no sistema de informação e o início de todos os registros de saúde até o final da vida. Esse prontuário se diferencia dos existentes pelo fato de haver registro não apenas de saúde, per se, mas de sua história de vida e eventos de saúde. A recepção é o momento de apresentação da empresa, dos serviços oferecidos, das recomendações básicas para o cliente, dos esclarecimentos sobre seu contrato, seus

direitos, bonificações e premiações, e todos os programas de educação, promoção e prevenção de saúde – enfim, o acolhimento do paciente na empresa de saúde.

O profissional que fará a recepção do novo cliente deverá ter uma compreensão abrangente do modelo, informar sobre a linha de cuidado e o percurso assistencial, informar da importância das ações de promoção e prevenção de saúde, explicar os benefícios pecuniários na adesão destes programas através dos incentivos a bonificação e premiação pela realização de tais ações, aplicar o screening básico de triagem rápida do perfil da saúde do cliente e realizar a entrevista qualificada de adesão. Já para a cobertura parcial temporária (CPT), um profissional de saúde do sistema da porta de entrada fará a entrevista, visando estabelecer as doenças preexistentes no novo cliente, de modo a estabelecer as carências contratuais.

No prontuário a ser iniciado, será realizada uma triagem epidemiológica básica, de poucas perguntas. Este *screening* é um conjunto de variáveis, nomeadas “triagem rápida” (TR), que avaliam sobretudo algumas de suas características operacionais. Não obstante o pequeno número de questões desse instrumento, há um grau de confiabilidade bastante grande em seus resultados, e funciona como excelente organizador da demanda.

A triagem rápida, ou breve, deve ser aplicada em todos os idosos usuários do sistema de saúde, no momento da recepção – portanto, fora do ambiente específico de uma unidade saúde. Esses instrumentos permitem grande flexibilidade, visto que os entrevistadores poderão ser técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde ou atendentes, desde que treinados. 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 priorizar o atendimento e utilizar os recursos adequadamente (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 necessidade e não à regra cruel da hora de chegada à fila de espera.

No segundo nível, tem-se a proposta de utilização de um centro sócio sanitário de promoção e prevenção de saúde, com verificação das vacinas, palestras, ações educacionais de saúde, estímulo à nutrição saudável e à prática de atividades físicas, além de grupos de convivência e local para se realizar a Avaliação Funcional Breve, visando identificar os riscos funcionais, visando estabelecer o perfil de

saúde do beneficiário. Todas as informações serão registradas em prontuários eletrônicos. Caracteriza-se também como um Centro de Conveniência, com facilidades para familiares na compra de equipamentos e de facilidades na compra de equipamentos ou de ingresso de atividades de lazer, entre outras ações. O Gerente de acompanhamento (suporte operacional para todas as etapas) será designado e responderá por estes clientes. É também neste nível que ocorrerá o Atendimento ambulatorial de baixa complexidade.

O nível 3, ambulatório especializado, está estruturado para atender 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 deve ser realizado por médicos geriatras e equipe multidisciplinar de saúde.

Como já mencionado, é essencial saber o quanto as doenças crônicas impedem o idoso de exercer suas atividades rotineiras de forma autônoma e independente. É no nível 3 que a Avaliação Geriátrica Multidimensional será aplicada, pois é um instrumento 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.

À semelhança dos níveis anteriores, o nível 4 também trabalha 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. Esta é uma instância de cuidado a ser utilizada, 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 a assistência domiciliar deve 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 *hospices* ou cuidados paliativos, na fase terminal.

Considerações finais

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2012), a nova realidade demográfica e epidemiológica brasileira aponta para a urgência de mudanças nos paradigmas de atenção à saúde da população idosa, com estruturas criativas e inovadoras, acompanhadas de ações diferenciadas para que o idoso usufrua integralmente os anos proporcionados pelo avanço da ciência.

A identificação e o tratamento de doenças continuam sendo objetivos fundamentais para o geriatra moderno, mas isso não basta. Conhecer como o idoso está exercendo suas tarefas no dia a dia e seu grau de satisfação exige que o médico investigue funções básicas – como independência para alimentar-se, banhar-se, movimentar-se e higienizar-se – e outras mais complexas – como trabalho, lazer e espiritualidade. É o que chamamos de avaliação funcional. Associada à avaliação das capacidades cognitivas e do humor, assim como à presença de distúrbios comportamentais, ela fornece um quadro que vai muito além da mera lista de patologias.

O idoso que mantém sua autodeterminação e prescinde de ajuda ou supervisão no cotidiano deve ser considerado saudável, ainda que portador de uma ou mais doenças crônicas.

Assumir como objetivo isolado a identificação e o tratamento de doenças em idosos pode trazer importantes limitações, pois é comum que as doenças se manifestem de forma atípica, dificultando o diagnóstico, e é frequente o aparecimento de problemas no formato de síndromes, ou seja, um conjunto de sinais e sintomas comuns a várias doenças, muitas vezes crônicas. Portanto, o objetivo passa a ser o controle dessas diversas manifestações.

A multiplicidade de doenças crônicas é uma característica frequente na velhice, deste modo a estratégia de cuidados para este segmento etário deve ser distinta em relação àquela que é empregada nas demais faixas etárias. É preciso monitorar os problemas de saúde do idoso, para estabilizar seu quadro e manter sua capacidade funcional pelo maior tempo possível.

Existem várias sugestões de modelos de linhas de cuidado. O importante é que cada instituição de saúde 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 público ou suplementar de saúde brasileiro podem deixar de ser oportunidades e se tornar entraves para a sustentabilidade do sistema de saúde 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. Ações simples e pouco aplicadas precisam ser imediatamente colocadas em prática, reorganizando os serviços de saúde, com uma abordagem preventiva e integral que associe reflexão epidemiológica e planejamento de ações.

Entendemos esse modelo como uma proposta em que todos saem vencedores: o idoso, que amplia sua vida com qualidade; a família, que terá um ente querido ativo e participativo por mais tempo, e o sistema de saúde, que evitará internações repetidas e de alto custo.

De uma maneira geral, a preocupação que apresentamos abarca o necessário entendimento sobre a heterogeneidade que caracteriza a população idosa, o alto custo dos procedimentos de saúde a ela destinados, a diversidade dos gastos em subgrupos dessa população e a quantidade insuficiente de profissionais qualificados em geriatria.

Não há outra saída para a crise de financiamento e reestruturação do setor. O modelo vigente é anacrônico e ultrapassado, e mudanças urgentes precisam ser realizadas de imediato.³

Referências

Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS (Brasil). Resolução Normativa nº 264 e 265, de 19 de agosto de 2011 da Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos – DIPRO, 2011.

AZEVEDO, E.R.F.C. *Os desafios das operadoras de planos de saúde de autogestão em um cenário de envelhecimento populacional e cronificação de doenças*. Rio de Janeiro, 2010. Tese. Disponível em: <www.santosediniz.com.br/mba-em-gestao-de-planos-de-Saude/tcc/eduardo-azevedo.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2011.

BAHIA, L. et al. Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 921-929, 2004.

Banco Mundial. Population aging: is Latin America ready? Directions in development. Washington, DC: The World Bank; 2011.

BERNSTEIN, J.; CHOLLET, D.; PETERSON, G. Disease management: does it work? Reforming Health Care Issue Brief, *Mathematica Policy Research*, Princeton, Nova Jersey, n. 4, maio 2010.

BODENHEIMER, T. Disease management in the American market. *British Medical Association*, London, v. 320, p. 563-566, 2000.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Resolução Normativa nº 264 e 265, de 19 de agosto de 2011 da Diretoria de Normas e Habilitações de Produtos – DIPRO, 2011.

.CALDAS, C.P. et al. Rastreamento do risco de perda funcional: uma estratégia fundamental para a organização da Rede de Atenção ao Idoso. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*, Rio de Janeiro, 2013. [no prelo]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=12271>

CECÍLIO, L.C.; MERHY, E.E. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Campinas: Unicamp, 2003.

GEYMAN, J.P. Disease Management: Panacea, another false hope, or something in between?. *American Academy of Family Physicians*, v. 5, n. 3, p. 257-260, 2007.

GIOVANELLA, L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, sup 1, p. 1081-1096, 2011.

Hotltz-Eakin D. An analysis of the literature on disease management program. Letter to the Honorable Don Nickles; 2004. <http://www.cbo.gov/doc.cfm?index=5909> (Acessado em: 03 Fev 2012).

KALACHE, A.; KICKBUSCH, I. A global strategy for healthy ageing. *World Health*, v. 50, n. 4, p. 4-5, jul-ago 1997.

LORIG, K.R. et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *American Public Health Association Medical Care Section*, v. 37, n. 1, p. 5-14, 1999.

LOURENÇO, R.A. et al. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 311-318, 2005.

LOURENÇO, T.M. et al. Capacidade funcional no idoso longevo: uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 33, n. 2, jun 2012. Disponível em: <<http://>

www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 set 2012.

MATISONN, S. Incentivising healthy behaviour. In: IPPR, Prudential Health Limited, may 2006, London. *Presenting to IPPR...* London: PruHealth, 2006. Disponível em: <http://www.ippr.org/uploadedFiles/research/events/People_and_Policy/Microsoft%20PowerPoint%20-%20IPPR%20seminar%20.pdf>. Acesso em: XX mes 201X.

Mattke S, Bergamo G, Balakrishnan A, Martino S, Vakkur N. Measuring and Reporting the Performance of Disease Management Programs. The RAND Health working paper series, WR-400, August 2006. http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2006/RAND_WR400.pdf (acessado em 15/Mar/2012).

McCALL, N. et al. *Evaluation of phase 1 of the Medicare Health Support Pilot Program under Traditional Fee-for-Service Medicare*: 18 month interim analysis. Report to Congress 2008. Disponível em: <https://www.cms.gov/reports/downloads/MHS_Second_Report_to_Congress_October_2008.pdf>. Acesso em: 3 fev 2012.

MORAES, E.N. *Atenção à saúde do idoso*: aspectos conceituais. Brasília: OPAS, 2012.

NICHOLS, E. La necesidad de contar com normas. In: Organización Panamericana de la Salud, editor. *Prevención clínica*: guía para médicos. Washington, DC: OPS, 1998. p. 38-53. (Publicação Científica, 568).

NOSEL, C. Incentives that create healthy behaviour. In: Breakfast seminar, 21 jul. 2011, London. *Series of International Breakfast Seminars...* London: C3 Collaborating for Health, 2011. Disponível em: <<http://www.c3health.org/wp-content/uploads/2011/08/Craig-Nossel-seminar-FINAL-20110817.pdf>>.

Oliveira M. Políticas para o envelhecimento ativo. *Jornal O Globo*, Seção Opinião; 20/05/2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório Mundial de Saúde*: atenção primária em saúde. Agora mais do que nunca. Brasília: OMS, 2008.

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

PORTER, M.E. A strategy for health care reform: toward a value-based system. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 361, p. 109-112, 2009.

PORTER, M.E.; TEISBERG, E. O. *Repensando a saúde*: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PRESTON, M. *Vitality guide 2009 documents*. Disponível em: <<http://allpdfdocs.com/join.asp?PID=e5bd7faf-f480-4b6e-b563-70ecb4d8d845&jstyle=2&lbd=1&lang=EN&ts=9/8/2011%209:35:04%20AM&q=PruHealth%20Vitality%20academic%20paper&cr=1>>.

SHENKEL, R. 1-800-chronic disease management (edit). *Family Practice Management*, Leawood, Kansas, v. 12, n. 10, p. 17, 2005.

SIDOROV, J.E. Gerenciamento de doenças: passado, presente e futuro. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, São Paulo, n. 4, p. 20-26, 2012.

VERAS, R.P. 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, n. 3, p. 355-370, 2007.

VERAS, R.P.; CALDAS, C.P. Produção de cuidados à pessoa idosa. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1104, jul.-ago. 2008.

VERAS, R.P. et al. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1119-1126, jul.-ago. 2008a.

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

VERAS, R.P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, maio-jun. 2009.

_____. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 779-786, 2011.

_____. Inovação: uma saída para o setor saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 413-414, 2011b.

_____. A necessária gestão qualificada na área da saúde: decorrência da ampliação do segmento etário dos idosos. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 31-39, 2011a.

_____. Qualidade para os anos adicionais de vida. In: Publicação Comemorativa Unimed, Brasil. *40 anos de Aniversário*. Rio de Janeiro: UNIMED, 1 dez. 2011c. p. 20-21.

_____. Uma saída para a crise no setor saúde. *Revista do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor*, n. 157, p. 35, 01 ago. 2011d. Disponível em: <<http://idec.kinghost.net/emacao/revista/157/materia/prevencao-para-o-sistema-de-saude-e-uma-saida-para-a-crise-no-setor-de-saude>>.

_____. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 231-238, jan. 2012.

_____. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 929-934, dez. 2012a.

_____. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n.10, p.1834-1840, out. 2012b.

WENNBORG, D.E. et al. A randomized trial of a telephone care-management strategy. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v. 363, n. 13, p. 1245-55, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Good health adds life to years*. In: Global brief for World Health Day 2012. Geneva: WHO, 2012. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_DCO_WHD_2012.2_eng.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2012.

Notas

¹ Envelhecimento ativo, na definição da OMS, é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Em outras palavras, é manter a autonomia e a independência dos idosos, não só em relação à saúde física, mas nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis.

² Para mais detalhes, consultar Azevedo (2010).

³ Os autores participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Abstract

Models of health care for the elderly: rethinking the meaning of prevention

From a critical analysis of the current models of health care for the elderly, this opinion article presents a proposal for a line of care for this age group with a focus on health promotion and prevention. The alternative to avoid the overhead of this system is to invest in policies for disease prevention, stabilization of chronic diseases and maintenance of functional capacity. Scientific knowledge has correctly identified the risk factors for the elderly, but this is not enough. It is a priority to use this knowledge to make the necessary transition from clinical care model for the model with emphasis on prevention. The model needs to configure itself as a stream of education initiatives, health promotion, prevention of preventable diseases, delay of diseases, early care and rehabilitation of injuries. That is, a line of care for the elderly as a healthcare course within an articulated network and referenced with an information system designed in line with this logic.

► **Key words:** human aging; elderly; disease prevention; chronic disease; line of care.