



IDOSOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR: UMA URGÊNCIA PARA A SAÚDE DA SOCIEDADE E SUSTENTABILIDADE DO SETOR PROJETO IDOSO BEM CUIDADO



Rio de Janeiro
2016





IDOSOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR: UMA URGÊNCIA PARA A SAÚDE DA SOCIEDADE E SUSTENTABILIDADE DO SETOR

PROJETO IDOSO BEM CUIDADO



Rio de Janeiro
2016





© 2016. Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial

Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

O conteúdo desta, e de outras obras da Agência Nacional de Saúde Suplementar, pode ser acessado na página www.ans.gov.br

Versão Online

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES

Av. Augusto Severo, 84 – Glória

CEP 20021-040

Rio de Janeiro, RJ – Brasil

Tel: +55 (21) 2105-0000

Disque-ANS: 0800 701 9656

www.ans.gov.br

ouvidoria@ans.gov.br

Diretoria Colegiada – DICOL

Diretoria de Desenvolvimento Setorial – DIDES

Diretoria de Fiscalização – DIFIS

Diretoria de Gestão – DIGES

Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras – DIOPE

Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos - DIPRO

Projeto Gráfico:

Gerência de Comunicação – GCOMS/SEGER/PRESI

Apoio Bibliotecário:

Gerência de Qualificação Institucional – Biblioteca/COPDI/GEQUIN/GGDIN

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

I 21i Idoso na saúde suplementar : uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor / Martha Oliveira ... [et al.] . – Rio de Janeiro : Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2016.

4.8K.: il. color.

Projeto Idoso Bem Cuidado.

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-85-63059-25-3

ISBN: (online) 978-85-63059-26-0

1. Saúde Suplementar. 2. Idoso. 3. Assistência integral à saúde. 4. Serviços de saúde para idosos.
I. Oliveira, Martha. II. Silveira, Daniele Pinto da. III. Neves, Rosana. IV. Veras, Renato. V. Estrella, Kylza. VI. Assalim, Vanessa Moraes. VII. Araujo, Denizar Vianna. VIII. Gomes, Germana Hunes Grassi. IX. Lima, Kenio Costa. X. Título.

CDD 368.382084
Catalogação na fonte – Biblioteca ANS

Autores

Daniele Pinto da Silveira
Denizar Vianna Araujo
Germana Hunes Grassi Gomes
Kenio Costa Lima
Kylza Estrella
Martha Oliveira
Renato Veras
Rosana Vieira das Neves
Vanessa Moraes Assalim

"A velhice é um vento que nos toma
no seu halo feliz de ensombramento.
E em nós depõe do que se deu à obra
somente o modo de não sentir o tempo,
senão no ritmo interior de a sombra
passar à transparência do momento.
Mas um momento de que baniram horas,
o hábito e o jeito de estar vendo
para muito mais longe. Para de onde a obra
surde. E a velhice nos ilumina o vento."

*Fernando Echevarría,
poeta português, in "Figuras"*

AGRADECIMENTOS

Ao longo do caminho até a publicação deste livro, muitas pessoas e instituições contribuíram com seu conhecimento, expertise e tempo dedicados à pesquisa, debates e conversas para que fosse possível construir uma visão de futuro para o cuidado integral à saúde do idoso no setor da saúde suplementar. O modelo que por ora apresenta-se neste livro é fruto do compromisso e dedicação de muitos para com esta temática. Um trabalho feito à muitas mãos!

De modo especial agradecemos:

À Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI/UERJ) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), pela importante colaboração do Professor Renato Veras;

Ao Departamento de Clínica Médica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), na pessoa do Professor e Pesquisador Associado Denizar Vianna;

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPgSCol) e Departamento de Odontologia da Universidade Federal da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), pela contribuição do Pesquisador Kenio Costa de Lima;

À Unidade de Cuidados Paliativos (INCA IV) do Instituto Nacional de Câncer, na pessoa da Diretora da Unidade, Dra. Germana Hunes Grassi Gomes;

À GAMA Saúde, na pessoa da especialista em Geriatria Vanessa Assalim;

À ASAP Saúde - Aliança para a Saúde Populacional; pelo apoio nos estudos e por disponibilizar para compor o Grupo de Trabalho do Projeto a médica geriatra e doutora em Saúde Coletiva Kylza Estrella;

À ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados, pelo fornecimento de dados epidemiológicos agregados do conjunto de hospitais associados para estudo;

À APM - Associação Paulista de Medicina pela parceria na construção da proposta de dados mínimos portáveis pelo idoso na saúde suplementar.

APRESENTAÇÃO

É possível, no Brasil, envelhecer com saúde e qualidade de vida?

O aumento da expectativa de vida nas últimas décadas é uma grande conquista da população brasileira. Viver mais – envelhecer – já é uma realidade nesta década e o será mais ainda em anos vindouros. Mas também deve fazer parte desta conquista a possibilidade de os cidadãos usufruírem destes anos a mais com capacidade funcional, saúde e qualidade de vida.

A ANS, ao longo dos últimos anos, vem buscando a mudança do modelo de prestação de serviços de saúde e a forma como se remunera no setor suplementar de saúde, de um modelo centrado no pagamento por procedimentos ou serviços (fee-for-service) para outras alternativas que tragam o usuário como centro das ações de saúde (patient-centered).

Partindo das necessidades identificadas para melhorar o cuidado aos idosos que possuem planos de saúde, produzimos este livro, que conta com a participação de especialistas e estudiosos do tema, a realização de Fóruns realizados para debater os diversos eixos de discussão aqui apresentados, resultando em um conjunto de reflexões, experiências e proposições.

Aprimorar o debate e orientar o melhor cuidado a essa população, atrelado a sustentabilidade do setor de saúde suplementar, é o que buscamos ao fazer esta publicação.

E o mais importante: É POSSÍVEL. É possível reorientar a atenção à saúde da população idosa e construir uma organização no setor que permita melhores resultados assistenciais e econômico-financeiros.

O que é preciso para tal? Que todos os atores do setor se percebam responsáveis pelas mudanças necessárias e que se permitam inovar. Inovar no cuidado, na forma de se remunerar e avaliar a qualidade do setor.

Lembrando sempre que muitas vezes inovar significa resgatar cuidados e valores mais simples, que se perderam dentro do nosso sistema de saúde.

Precisamos iniciar a construção dessa nova forma de cuidar dos idosos. Não podemos mais esperar!

Boa leitura a todos e mãos à obra!

Martha Oliveira
Diretora de Desenvolvimento Setorial - DIDES
Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

SUMÁRIO

Introdução.....	11
A necessária mudança do sistema de cuidado em saúde da pessoa idosa	
Capítulo 1.....	21
Panorama político, regulatório e assistencial do cuidado do idoso	
Capítulo 2	39
Como implementar a mudança do modelo de cuidado: O mundo e o brasil	
Capítulo 3.....	45
Proposta para estruturação dos serviços de saúde na saúde suplementar: integralidade, sustentabilidade e qualidade no cuidado ao idoso	
Capítulo 4.....	59
O papel das emergências dentro do modelo de cuidado ao idoso proposto	
Capítulo 5	67
O cuidado do idoso no hospital	
Capítulo 6.....	83
Estruturas de apoio ao cuidado integral: o continuum do cuidado	
Capítulo 7.....	101
Modelos de remuneração de prestadores de serviços de saúde: abordagens alternativas no cuidado ao idoso	
Anexo I	121
Lista de tabelas, gráficos, quadros e figuras	
Anexo II.....	123
Proposta de dados mínimos portáveis para o idoso Na saúde suplementar	
Anexo III.....	130
Matriz de indicadores de monitoramento do cuidado integral ao idoso	

INTRODUÇÃO

"Muitas condições crônicas estão ligadas a uma sociedade em envelhecimento, mas também às escolhas de estilo de vida (...). O que elas têm em comum é o fato de precisarem de uma resposta complexa, coordenada e de longo prazo. No entanto, hoje a maioria dos cuidados de saúde e dos serviços ainda está estruturada em torno de episódios agudos..."

A NECESSÁRIA MUDANÇA DO SISTEMA DE CUIDADO EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA

No Brasil, a principal causa de mortalidade e morbidade são as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), as quais normalmente têm desenvolvimento lento, duram períodos extensos e apresentam efeitos de longo prazo difíceis de prever. À semelhança de países de renda elevada, hoje no Brasil as condições crônicas são responsáveis pela maior carga de doença e os transtornos neuropsiquiátricos detêm a maior parcela de contribuição¹. O novo relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS)², publicado em 2015, assinala que a maioria das mortes prematuras por doenças crônicas não-transmissíveis são evitáveis. Dos 38 milhões de vidas perdidas em 2012 por DCNT, 16 milhões, ou seja, 42% eram prematuras e evitáveis². Como a despesa com cuidados relativos às doenças crônicas sobe em todo o mundo, elas ocupam proporções cada vez maiores nos orçamentos públicos e privados³.

As doenças crônicas incluem tradicionalmente as doenças cardiovasculares, a diabetes, a asma, a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e as doenças crônico-degenerativas. Como as taxas de sobrevida têm melhorado, esse conjunto de doenças agora também passou a incluir muitos tipos de câncer, HIV/Aids, distúrbios neuropsicológicos (como depressão, esquizofrenia e demência), artroses e deficiências visuais e auditivas. A maioria delas não tem cura, mas várias podem ser prevenidas ou controladas por meio da detecção precoce, adoção de dieta e hábitos saudáveis, prática de exercícios e acesso a tratamento adequado e oportuno.

Muitas dessas doenças crônicas constituem um conjunto de agravos que faz com que hoje muitos autores e instituições definam seus portadores como "*pacientes crônicos em situação de complexidade*", determinado por um perfil de apresentação de cronicidade. Entre as características diferenciais mais prevalentes desse grupo está a presença de várias enfermidades crônicas concorrentes, a grande utilização de serviços de hospitalização urgente com diferentes episódios de ida ao hospital durante um mesmo ano, a presença de determinadas enfermidades como a DPOC ou insuficiência cardíaca, a diminuição da autonomia pessoal

temporária ou permanente e a poli-medicação. Além disso, pode haver fatores adicionais como idade avançada, viver sozinho ou com pouco apoio familiar e episódios de quedas, dentre outros⁴.

Doenças Crônicas é um conjunto de doenças relacionadas a causas múltiplas, caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo.

Muitas condições crônicas estão ligadas a uma sociedade em envelhecimento, mas também às escolhas de estilo de vida, como tabagismo, consumo de álcool, comportamento sexual, dieta inadequada e inatividade física, além da predisposição genética. O que elas têm em comum é o fato de precisarem de uma resposta complexa e de longo prazo, coordenada por profissionais de saúde de formações diversas, com acesso a medicamentos e equipamentos necessários, e estratégias de estímulo à adesão ao tratamento pelo paciente, estendendo-se à assistência social. No entanto, hoje a maioria dos cuidados de saúde e dos serviços ainda está estruturada em torno de episódios agudos.

Tendo em vista esse cenário, a gestão de doenças crônicas é cada vez mais considerada uma questão importante por gestores e pesquisadores em todo o mundo que buscam intervenções e estratégias para combater esses agravos.

Deve-se ressaltar que a melhora da qualidade de vida da população é fruto de uma série de fatores, dentre eles o avanço tecnológico presenciado em diversos campos do conhecimento e da ciência contemporânea. No caso da ciência médica, esse conhecimento tem promovido um acelerado processo de inovações tecnológicas que impactam diretamente nas intervenções em saúde. Essas inovações, principalmente as relacionadas ao diagnóstico, à farmacologia e aos procedimentos complexos, aliadas à produção e disseminação de informação sobre medidas preventivas, têm contribuído muito para o aumento da expectativa de vida da população. Desse modo, em um cenário de maior longevidade e, portanto, de prevalência de doenças crônicas, torna-se imperativa a transição da lógica das estruturas e do modo de cuidar para atender as necessidades impostas por essa nova configuração das necessidades de saúde.

Espera-se que três fatores também aumentem o número de idosos que necessitam de cuidados de longo prazo. Primeiro, o forte crescimento do número de pessoas muito idosas, nos próximos 30 anos, resultará em um maior número absoluto de idosos fragilizados, mesmo considerando a redução da proporção da severidade de doenças entre os idosos, devido aos avanços na prevenção de doenças e melhores práticas assistenciais. Segundo, a mudança no perfil das famílias e dos valores sociais continuará afetando a disponibilidade de apoio para esses idosos. Projeções para o Brasil estimam que o número de pessoas sendo cuidadas por não-familiares (cuidadores formais) irá duplicar até 2020 e será cinco vezes maior em 2040, em comparação com 2010⁵. Em terceiro lugar, alguns fatores de risco, que alcançavam majoritariamente o homem, sobretudo o consumo do álcool e tabaco e o estresse no trabalho, já atingem também as mulheres, quando comparados às décadas passadas. O que poderia ocasionar a redução da diferença da expectativa de vida, que atualmente no Brasil é de 7,3 anos maior para as mulheres.

Transição do Cuidado

O Brasil conseguiu fazer a **transição epidemiológica**, passando de uma prevalência maior de doenças agudas para doenças crônicas; a **transição demográfica**, contando agora com uma parcela cada vez maior da população em um rápido envelhecimento populacional; a **transição tecnológica na saúde**, dispondo cada vez mais de tecnologias de ponta disponíveis para uso da população; mas ainda não conseguiu fazer a **transição do cuidado**, pois nossa rede de cuidado e atenção ainda é organizada como se fosse tratar doenças agudas.

Sendo assim, a organização do sistema de saúde no Brasil precisa ser ajustada aos diferentes perfis demográficos e epidemiológicos decorrentes do crescimento da participação dos idosos na população. A magnitude do aumento dos gastos em saúde com a população idosa dependerá, sobretudo, de que esses anos a mais sejam saudáveis ou livres de enfermidades e dependência. A prevenção, a manutenção da saúde, a independência, a autonomia e o retardamento de doenças e fragilidades em uma população mais velha serão os maiores desafios relacionados à saúde decorrentes do envelhecimento da população. Assim, qualquer política social e de saúde destinada aos idosos deve levar em conta a promoção da saúde e a manutenção da capacidade funcional.

Por um lado, os idosos apresentam maior carga de doenças e incapacidades e usam mais os serviços de saúde, por outro, os modelos vigentes de atenção à saúde do idoso se mostram ineficientes e de alto custo, reclamando estruturas criativas e inovadoras. É por esse motivo que, do ponto de vista da saúde coletiva, a capacidade funcional surge como o conceito de saúde mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar uma política contemporânea de atenção à saúde do idoso. Essa política deve, assim, ter como objetivo maior a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível.

Portanto, o envelhecimento da população gera novas demandas para os sistemas de saúde. Pessoas mais velhas têm necessidades específicas, advindas das características clínico-funcionais e sócio-familiares peculiares desse grupo etário. Os problemas de saúde dos idosos – maiores vítimas dos efeitos de sua própria fragilidade – desafiam os modelos tradicionais de cuidado. Por isso, é imperativo repensar o modelo atual.

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, segundo projeções do Banco Mundial. Essa mudança na estrutura etária do país representa uma variação significativa na demanda por serviços de saúde, por exemplo, o contingente de idosos, que em 2000 representava 10% da população, deverá chegar a 49% em 2050.

Como o principal fator de risco associado aos problemas de saúde do idoso é a própria idade e a multiplicidade de doenças crônicas, característica frequente na velhice, a estratégia de cuidados deve ser distinta da empregada nas demais faixas etárias. É preciso monitorar os agravos à saúde do idoso para estabilizar seu quadro e manter sua capacidade funcional e autonomia pelo maior tempo possível. A prestação de serviços de saúde, atualmente, fragmenta a atenção ao idoso, com multiplicação de consultas de especialistas, inúmeros fármacos, exames e outros procedimentos. Há sobrecarga do sistema, que provoca forte impacto financeiro em todos os níveis e não gera benefícios para a qualidade de vida da população.

Sabemos que o idoso tem muitas doenças e, naturalmente, utiliza muito os serviços de saúde. Então devemos oferecer um cuidado em instâncias mais leves, sempre que possível, em caráter preventivo, fora do ambiente hospitalar. Envelhecer, ainda que sem doenças crônicas, envolve alguma perda funcional, que é expressa por diminuição de vigor, força, prontidão, velocidade de reação sistêmica e eficiência metabólica. Menos de 10% das pessoas de 65 anos ou mais estão livres de algum tipo de agravio crônico à saúde e mais de 10% referem pelo menos cinco doenças crônicas concomitantes.

É intensa a preocupação com a manutenção da qualidade da assistência à saúde dos idosos sem perder o controle dos custos para manter os tratamentos necessários.

As altas taxas de hospitalização de idosos exemplificam o impacto do envelhecimento da população brasileira no setor de saúde e representam um grande desafio para os sistemas de saúde, sob o risco de ter seus leitos bloqueados sem oferecer a assistência necessária às demandas desse grupo.

Uma boa assistência à saúde é inerente à confiança e ao vínculo do usuário com o profissional, construído no acolhimento e em todo processo do cuidar, devendo o seu gerenciamento ser iniciado na porta de entrada do serviço e acompanhar o usuário durante toda a sua participação no sistema de saúde.

No cenário atual, a assistência à saúde não se apresenta como uma prestação de serviço segura para o idoso e seus familiares. Consequente a esta ineficiência, os setores público e privado estão sobrecarregados, gerando sobreutilização dos serviços com atendimentos por vezes desnecessários e sobrepostos.

Neste sentido, a fragilidade é o novo paradigma sob o qual deve ser baseada a atenção à saúde das pessoas idosas. Desde o final do século XX, sobretudo com a publicação de Linda Fried em 2001⁶ definindo os cinco critérios acerca da fragilidade, o termo se converteu em uma das pedras angulares da Geriatria para identificar um subgrupo de idosos acima de 65 anos que, a despeito de serem independentes na realização das atividades básicas da vida diária, estão sob risco de apresentar, principalmente, incapacidade e perda de mobilidade. Um recente consenso⁷ foi publicado acerca da fragilidade física, síndrome geriátrica de múltiplas causas, caracterizada por perda de força e resistência e diminuição da função fisiológica, as quais aumentam a vulnerabilidade individual para desenvolver dependência ou morte. A fragilidade tem sido apontada, portanto, como um importante indicador de risco para a morte ou perda da funcionalidade em idosos, sendo utilizado como orientador no gerenciamento da saúde.

Paradigma da Fragilidade: síndrome geriátrica de múltiplas causas, caracterizada por perda de força e resistência e diminuição da função fisiológica, as quais aumentam a vulnerabilidade individual para desenvolver dependência ou morte.

O uso de ferramentas para rastreio de fragilidade e perda da capacidade funcional é aplicado em diversos serviços e sistemas de saúde, com o objetivo de identificar precocemente os idosos frágeis e direcionar a atuação geriátrica, prevenindo internações repetidas, aumentando a qualidade de vida e em alguns casos evitando a morte precoce. Na revisão bibliográfica realizada pelo grupo de pesquisa da Unati/UERJ, ficou evidenciada a importância deste instrumental epidemiológico na identificação precoce. Para um maior aprofundamento no tema recomendamos o acesso aos documentos disponíveis no link: <http://www.unatiuerj.com.br/publicacoes.htm>.

No Brasil, alguns movimentos no sistema público e privado de saúde com vistas a alcançar esses objetivos têm sido observados, mas ainda de forma localizada e pontual. No sentido de encontrar caminhos na reestruturação do cuidado à pessoa idosa fragilizada, a Prefeitura de São Paulo fomentou um programa - o qual posteriormente tornou-se política -, que tem em sua base a atuação do cuidador de idosos, integralmente financiado pela Secretaria de Saúde e desenvolvido em diferentes regiões da cidade.

No início, em 2004, o principal objetivo do programa era treinar indivíduos para conduzir atividades comunitárias de cuidado e monitorar as pessoas idosas frágeis, ajudando a identificar situações de risco que pudessem comprometer a autonomia e independência dos idosos. Em 2008, devido à avaliação positiva do projeto, a Secretaria de Saúde decidiu torná-lo uma política pública para idosos frágeis em São Paulo, oferecendo serviços de trabalhadores da saúde e cuidadores para idosos, no sentido de ajudar e dar

suporte às atividades de vida diária e satisfazer outras demandas sociais e de saúde. A política inclui, ainda, assistência à saúde integral e objetiva satisfazer as necessidades dos idosos funcionalmente comprometidos, prevenindo ou retardando a institucionalização. Após a avaliação inicial, dois planos de cuidados são elaborados pela equipe, um para o corpo de profissionais de saúde e outro para o cuidador, que deverá preparar relatórios regulares acerca do desenvolvimento do Plano de Cuidados para todos os usuários sob seus cuidados.

Cada unidade atende a 120 idosos e possui 10 cuidadores, uma assistente social (coordenadora), um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e um assistente administrativo.

Outra modalidade de cuidado à pessoa idosa é realizada na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, através do Programa Mais Vida e a Rede Integral de Atenção à Saúde do Idoso do Estado de Minas Gerais (Rede Mais Vida), lançado em 2008, e tem como propósito melhorar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa, atentando para a longevidade da população, com independência e autonomia⁸.

O “Mais Vida” foca na estruturação em rede macrorregional de atenção à saúde da população idosa, por meio de um sistema de interação capaz de proporcionar aumento nos anos de vida dos idosos e de manter a capacidade funcional e a autonomia⁹. O público-alvo é o idoso de risco alto e/ou frágil, definido de acordo com a “Linha-Guia de Saúde do Idoso”. Além dos serviços já disponíveis na rede de saúde, foram criados Centros de Referência de Atenção Secundária do Programa Mais Vida, denominados Centros Mais Vida (CMV), que prestam assistência especializada ao idoso.

Nessa linha de cuidado da pessoa idosa, a equipe de atenção primária identifica e encaminha idosos de risco alto e/ou frágeis ao Centro Mais Vida, em que uma equipe multiprofissional realiza avaliação individual e multidimensional de cada idoso e elabora um Plano de Cuidados (PC) a ser encaminhado à atenção primária. Na perspectiva da linha-guia, o usuário, sua família e a atenção primária de referência assumem a responsabilidade de implementação desse plano através de um seguimento longitudinal, seja dando continuidade ao tratamento necessário ao idoso na própria atenção primária ou, de acordo com a necessidade, encaminhando o idoso a outras instâncias de cuidado da rede pública de saúde para obter a assistência que necessita de forma integrada e intercomunicante.

Em agosto de 2011, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022, englobando três eixos fundamentais: vigilância, informação e monitoramento e cuidado integral. Entendendo que as necessidades de saúde da população atravessam um espectro que vai desde os cuidados para manter-se saudável, a resolução efetiva de problemas pontuais de saúde, até o manejo de condições crônicas mais complexas que requerem cuidados de longo prazo e, por vezes, cuidados paliativos no caso de doenças ameaçadoras da vida.

No âmbito da Saúde Suplementar, a Agência Nacional de Saúde Suplementar tem adotado estratégias que incentivam o redirecionamento do modelo de atenção para uma abordagem que privilegia a perspectiva de life-course do beneficiário, estimulando a remodelagem da prestação de serviços na saúde suplementar.

Um exemplo de sucesso dessas iniciativas é o Projeto Parto Adequado, coordenado conjuntamente pela ANS, o Hospital Israelita Albert Einstein e o Institute for Healthcare Improvement (IHI), com o apoio do Ministério da Saúde, em implementação em hospitais privados e públicos, com vistas à melhoria da atenção ao parto e nascimento. O principal objetivo do projeto é implementar, avaliar e disseminar modelos de atenção ao parto e nascimento que favoreçam qualidade dos serviços, valorizem o parto normal e contribuam para a redução dos riscos decorrentes de cesarianas desnecessárias. A hipótese do Projeto está centrada na possibilidade de que as instituições participantes adotem e disseminem boas práticas com vistas à melhoria da qualidade na produção de saúde e segurança do paciente e na prestação de serviços de saúde no setor suplementar. No período de um ano, mudanças importantes têm sido observadas nos hospitais e operadoras participantes, podendo-se destacar o aumento da proporção de partos normais na população piloto dos 41 hospitais participantes do Projeto Parto Adequado, que de 22% passou para 31%, o que corresponde a um incremento de 9 pontos

percentuais. Como parte e força motriz dessas mudanças, também foram descritas no Projeto experiências de adoção de modelos alternativos de remuneração dos prestadores de serviços, o que têm auxiliado a impulsionar as mudanças em curso no modelo de atenção à gestante.

A complexidade envolvida na causalidade da maioria das doenças crônicas exige tanto intervenções clínicas mais complexas quanto um gerenciamento do cuidado por meio de infra-estruturas de apoio clínico que incluem desde prontuários eletrônicos, registros eletrônicos em saúde e consulta dessas informações pelo maior interessado: o próprio usuário do sistema.

Sob influência das mudanças demográficas e epidemiológicas, uma operadora de planos de saúde de São Paulo que tem como slogan “quanto mais você usa, menos você precisa” tornou-se a pioneira no atendimento dedicado às pessoas com idade a partir de 49 anos e foco em medicina preventiva, com programas capazes de prolongar a saúde e bem-estar dos idosos.

A despeito de algumas experiências pontuais, o maior problema da maioria dos modelos assistenciais vigentes talvez seja o foco exclusivo na doença. Mesmo quando oferecem um programa diferenciado, as propostas são voltadas prioritariamente para a redução dos custos de doenças específicas, esquecendo que muitos pacientes possuem múltiplas patologias crônicas. Dados de um estudo americano mostram inclusive o fracasso de alguns programas, pois muitos ainda são realizados em uma lógica hospitalocêntrica¹⁰.

Programas de gerenciamento de doenças para idosos têm uma relação custo-benefício baixa, pois os idosos possuem mais de uma doença crônica, e tratar adequadamente uma doença faz apenas reduzir os índices de morbidade de tal patologia. Como são pacientes que frequentemente possuem múltiplas doenças crônicas e utilizam cuidados de diferentes especialidades médicas, fica evidente que focar apenas em uma doença 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 cuidados. Se não for assim, o problema nunca será resolvido, pois as demais doenças e sua fragilidade serão mantidas; além disso, os recursos serão utilizados inadequadamente.



“Fica evidente que focar apenas uma doença 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 cuidados.”

As conquistas da ciência e da medicina e o vasto conhecimento acumulado deveriam estimular modelos de maior resolutividade e custo-efetivo. No sistema brasileiro, o modelo médico-centrado ainda é preponderante.

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, o que implica reorganizar os serviços de saúde.

A relação entre operadoras e usuários de mais idade sempre foi de grande desconfiança. A política das operadoras é tentar reduzir o “peso” desse segmento em suas carteiras. Os idosos, por seu lado, reclamam do custo, das dificuldades de atendimento e das negativas a muitos dos exames solicitados – não existe outra relação em que os lados têm posições tão antagônicas.

Em relação ao aumento de sinistralidade, o foco no cuidado preventivo, se bem aplicado e avaliado, pode trazer resultados financeiros positivos no médio e longo prazos. No início da operação, aumenta-se o uso de procedimentos, principalmente aqueles de baixo custo. Porém, haverá diminuição dos procedimentos de alto custo e da melhoria da saúde. Dados iniciais de utilização desse modelo integrado e focado em atenção primária demonstram um aumento da utilização de exames em 25%. Porém esse aumento na utilização vem acompanhado de uma redução nos custos em 25%, o que comprova a mudança no perfil de exames solicitados. O mais difícil talvez seja a mudança cultural do modelo assistencial tanto para os profissionais como para os usuários/familiares e principalmente a reorganização dos serviços de saúde e a forma de remuneração nesse sistema.

Com o modelo assistencial defasado, precisa-se ampliar a gestão da informação, valorizar o conhecimento científico e reduzir o poder absoluto das máquinas; torna-se necessário mudar a lógica assistencial. Por esse motivo, os gestores devem buscar intervenções que visem diminuir o uso das instâncias avançadas de cuidado (entre elas as internações), ampliar a oferta de cuidados em instâncias mais leves (dentre as quais o núcleo integrado de cuidado), sempre que possível em caráter preventivo, fora do ambiente hospitalar.

A porta de entrada do sistema de saúde não deve ser a emergência do hospital; deve-se desenhar um modelo em que haja várias instâncias de cuidado anterior ao hospital. Historicamente, o hospital é visto como o local privilegiado da cura, mas a internação de pessoas idosas deve apenas ocorrer no momento de agudização da doença crônica, pelo menor tempo possível, ou em casos de urgências. O hospital não é um ambiente seguro para uma pessoa envelhecida, o risco de infecção e perda da capacidade funcional é alto, do mesmo modo que as reminiscências durante o período de internação podem levar a transtornos distímicos ou colaborar para quadros depressivos. Entretanto, sabemos que é na unidade hospitalar que a maioria das operadoras de planos privados de saúde possui sua melhor estrutura operacional. Uma das possibilidades é procurar utilizar o acolhimento como um processo de desconstrução da lógica vigente visando que o usuário faça o percurso inverso na rede assistencial.

Esta publicação busca destacar a necessidade urgente de uma mudança na reorganização da prestação da assistência ao idoso na saúde suplementar, acompanhada de modelos alternativos de remuneração que possam potencializar esse redesenho no cuidado. Ao longo dos capítulos serão feitos, além de diagnósticos sobre o atual modelo, sugestões de como reestruturar os serviços e os pilares dessa mudança: (1) informação em saúde compartilhada com o usuário; (2) gestão e centralização da organização do cuidado; (3) uso de medidas e critérios de avaliação da funcionalidade; (4) mecanismos de referência e contra-referência; (5) fidelização do usuário; adesão à proposta de cuidado; (6) cuidado multiprofissional capacitado.

A busca pela reorganização do cuidado em saúde deve ser uma pauta incessante de toda a sociedade brasileira. O início dessa discussão, através de temas como envelhecimento e parto, tenta mostrar que é possível que isso se faça realidade, em um tempo não muito longo e com resultados impressionantes para todo o setor.

Não podemos esquecer que os resultados na atenção à saúde são fruto do sistema de prestação e remuneração de serviços. Assim não há que se falar em culpados quando são observados resultados de baixa efetividade e alto custo. São 50 anos de história da Saúde Suplementar, de conformação das regras e de organização do sistema. O que importa agora é saber que para levarmos o cuidado em saúde a novo patamar é imprescindível a participação e o engajamento de todos os atores do setor.

Referências da Apresentação

¹Schmidt MI. 2011. Saúde no Brasil 4. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet* 6736, no. 11: 60135-9.

²World Health Organization (WHO). 2014. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva, 2011.

³Duncan, Bruce Bartholow, Dóra Chor, Estela ML Aquino, et al. 2012. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Revista de Saúde Pública* no. 46: 126-134.

⁴World Health Organization (WHO). 2015 Ageing. World Report on Ageing and Health. Geneva, 2015.

⁵Contel, Juan Carlos, Blanca Muntané, Lourdes Camp. 2012. *La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada*. *Atención Primaria* 44, no. 2: 107-113.

⁶Fried, Linda P, Catherine M Tangen, Jeremy Walston, et al. 2001. *Frailty in older adults evidence for a phenotype*. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 56, no. 3: M146-M157.

⁷Morley, John E, Bruno Vellas, G Abellán van Kan, et al. 2013. *Frailty consensus: a call to action*. *Journal of the American Medical Directors Association* 14, no. 6: 392-397.

⁸Reis, D. A. et al. 2013. Implementação de planos de cuidados para idosos de Belo Horizonte. *Rev. Geriatr. Gerontol.* 7, no. 2: 99-107.

⁹Galatini, C. 2011. Rede mais vida oferece assistência integral ao idoso. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/banco-de-noticias/story/2884-rede-mais-vida-oferece-assistencia-integral-ao-idoso-sesmg>. Acesso em: 2 out. 2015.

¹⁰Stanton, Mark W, MK Rutherford. 2006. *The high concentration of US health care expenditures*. Rockville, Maryland: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).

CAPÍTULO 1

"Ainda que a população de beneficiários da saúde suplementar apresente nuances próprias, em grande medida associadas há forte inter-relação entre a participação no mercado de trabalho e o acesso aos planos de saúde, pode-se observar um expressivo envelhecimento do próprio contingente de idosos beneficiários de planos de assistência à saúde no setor suplementar."

PANORAMA POLÍTICO, REGULATÓRIO E ASSISTENCIAL DO CUIDADO DO IDOSO

O desenvolvimento do setor de saúde suplementar brasileiro se deu paralelamente ao do mercado de trabalho formal, especialmente através das grandes empresas, na década de 1970. Foi apenas a partir da segunda metade dos anos 1980 que se verificou uma expansão dos planos de saúde em direção a contratantes individuais.

Pouco mais de um ano após a aprovação da Lei nº 9.656, de junho de 1998, que dispôs sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, foi criada, em 2000, pela Lei nº 9.961, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com a finalidade de regulamentar o setor, que havia se expandido desordenadamente. Para os planos de saúde regulamentados pela 9656/98 ou a ela adaptados (conhecidos como planos novos), foram asseguradas importantes garantias legais, tais como: ampla cobertura dos serviços de saúde, de forma a abranger todas as patologias da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), garantias para os beneficiários em caso de demissão ou aposentadoria, regras básicas para os atendimentos de urgência e emergência, garantia de acesso ao sistema aos portadores de doenças ou lesões anteriores à aquisição dos planos e o estabelecimento de parâmetros voltados para a sustentabilidade econômico-financeira das operadoras, através da constituição de reservas técnicas e provisões financeiras.

Como ressaltado por Albuquerque *et. al.¹*, o conhecimento do perfil do mercado de saúde suplementar e sua abrangência para o sistema de saúde brasileiro como um todo representa um insumo indispensável para o planejamento e para a formulação de políticas públicas, tendo sido um importante resultado da regulação do setor, pois as operadoras passaram a ser obrigadas a informar periodicamente um amplo conjunto de dados (econômico-financeiros, características dos planos comercializados, cobertura assistencial, rede prestadora, tipo de contratação, abrangência geográfica, segmentação assistencial e utilização de serviços, perfil dos beneficiários, etc.).

Atualmente, os planos de saúde representam uma parcela expressiva do sistema de saúde brasileiro, envolvendo aproximadamente 70 milhões de vínculos, dos quais 50 milhões referem-se à planos de assistência médica com ou sem odontologia. O atendimento a esse contingente populacional se dá através de uma das 828 operadoras de planos privados de saúde atuantes no mercado e com beneficiários em suas carteiras. Aproximadamente 25% da população brasileira com acesso a planos de saúde está distribuída de forma desigual através do território nacional, pois a cobertura assistencial tende a ser maior entre os residentes das áreas urbanas e dos estados de renda mais elevada e maior oferta de emprego formal e estrutura de serviços de saúde.

No que se refere aos prestadores de serviços na saúde suplementar, de acordo com os dados do Caderno de Saúde Suplementar, de março de 2016, 63% dos consultórios médicos atendem à planos de saúde, bem como 33% dos hospitais gerais (Tabela 1).

Tabela 1 - Estabelecimentos de saúde por atendimento a planos privados de saúde, segundo tipo (Brasil - dezembro/2015)

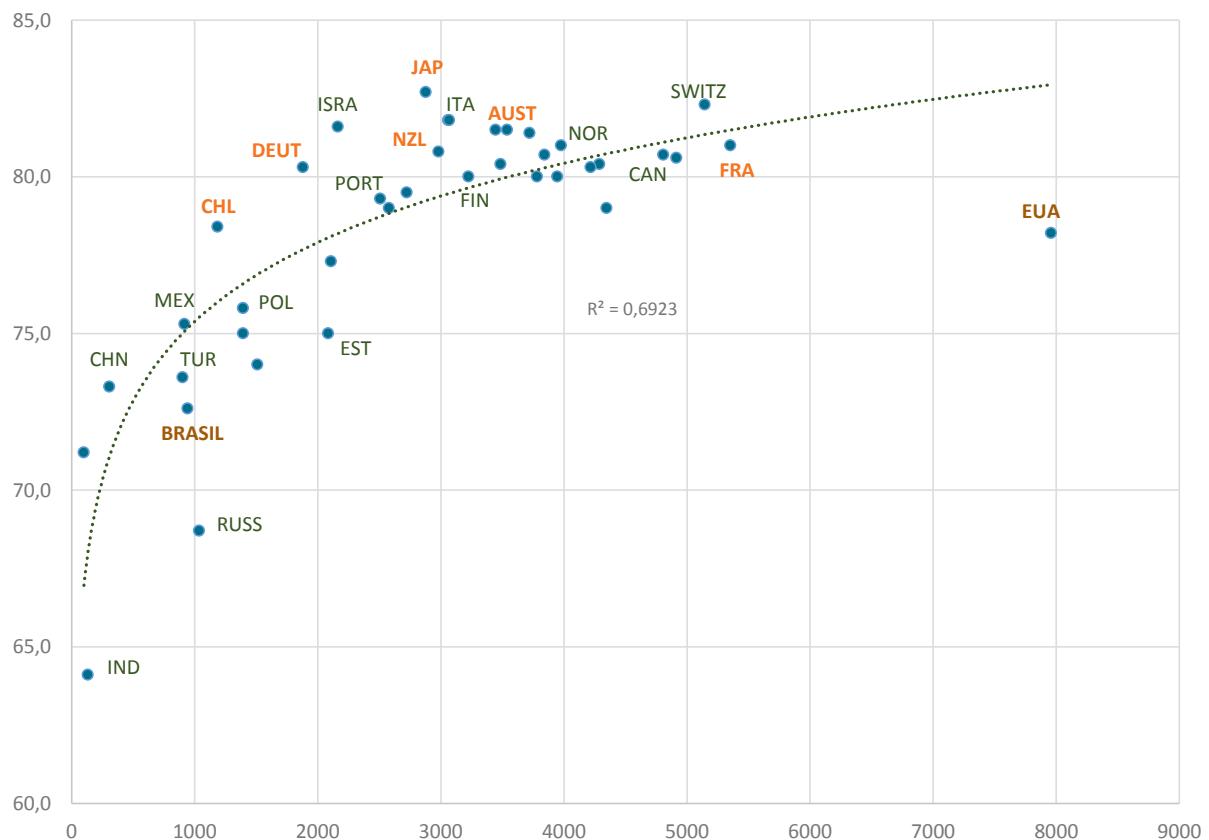
Tipo de estabelecimento	Quantidade		Valor	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Total	286.011	100,0	127.215	44,5
Clinica ou ambulatório especializado	39.913	100,0	21.613	54,2
Consultório isolado	141.586	100,0	88.970	62,8
Hospital especializado	1.043	100,0	450	43,1
Hospital geral	5.109	100,0	1.710	33,5
Policlínica	6.523	100,0	3.067	47,0
Pronto socorro especializado	105	100,0	42	40,0
Pronto socorro geral	373	100,0	52	13,9
Unidade de serviço de apoio à diagnose e terapia	21.279	100,0	10.028	47,1
Outros estabelecimentos	70.080	100,0	1.283	1,8

Fonte: CNES/MS - 12/2015
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - março/2016

Em 2015, até o terceiro trimestre, a receita de contraprestações foi de aproximadamente R\$ 104 bilhões e as despesas assistenciais de cerca de R\$ 89 bilhões, registrando-se uma sinistralidade média da ordem de 85,5% nas operadoras médico-hospitalares. Com isso, estima-se o *ticket* médio das operadoras médico-hospitalares em torno de R\$ 200,00 por mês, por cada beneficiário.

Analizando-se o sistema de saúde brasileiro como um todo, de acordo com Levi e Mendes², os gastos com saúde no Brasil em 2014 conformaram um total de R\$ 448 bilhões. Desses, 48,3% foram empreendidos pelo Estado – união, estados e municípios – e 51,7% foram realizados pelo setor privado. Dos R\$ 232 bilhões de gastos privados com saúde em 2014, R\$ 127 bilhões foram realizados com planos de saúde. Os demais referem-se ao dispêndio com medicamentos e com o desembolso direto a profissionais e serviços de saúde. O Gráfico 1 apresenta uma comparação dos gastos com saúde *per capita*, em US\$ PPP^a, no ano de 2014, entre o Brasil e outros países e a expectativa de vida ao nascer. Pode-se observar que para gastos com saúde próximos aos observados para o Brasil, outros países conseguem resultados bem mais significativos em termos de expectativa de vida ao nascer – como México e Chile, por exemplo -, o que pode ser entendido como uma proxy para identificação da qualidade da atenção à saúde entre os diferentes países.

Gráfico 1 - Correlação da Expectativa de Vida em Países Selecionados e Gastos per capita em Saúde - 2013



Fonte: elaboração própria a partir de dados da OECD e do Banco Mundial para países não-membros da OECD. Disponível em: stats.oecd.org/ e <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>

Considerando-se os custos *per capita* com a saúde pública e suplementar, verifica-se que os números são bastante expressivos. Com esse pano de fundo, após a implementação da regulamentação da saúde suplementar, foram introduzidas diversas regras que passaram a exigir das operadoras uma maior eficiência no controle de seus custos, considerando ser inadequada a adoção de medidas que prejudicassem a assistência à saúde de forma abusiva aos beneficiários. Além disso, também é possível obter um maior controle dos custos por meio de ações voltadas para a ampliação do número de beneficiários, a diluição dos riscos, a redução do risco moral, entre outras.

Sob a ótica estritamente econômica, a questão do risco moral atrelado à garantia de acesso aos serviços de saúde, traduzida pelo contrato com as operadoras por um plano de saúde, podem incorrer tanto pelo aumento direto com o consumo de serviços desnecessários quanto pelos esforços dos próprios beneficiários para a manutenção de sua própria saúde, o que pode acarretar em um aumento dos gastos com saúde em momento posterior, em função da necessidade de tratamento de enfermidades. Também se podem observar casos de risco moral na própria atuação dos prestadores de serviços, em função dos mesmos serem remunerados de acordo com a quantidade de serviços oferecido.

Para o enfrentamento dos casos de risco moral, a própria normatização da saúde suplementar prevê critérios contratualmente estabelecidos para a utilização de mecanismos de regulação, quais sejam: (1) gerenciamento do acesso dos beneficiários aos serviços prestados, a partir de agora denominados de “formas de acesso”; (2) possibilidade de os denominados “fatores moderadores”, entendidos como a participação financeira dos beneficiários quando da utilização da cobertura contratada, serem sob a forma de franquia ou co-participação.

Dentre as formas de acesso previstas na normatização da saúde suplementar brasileira podem ser elencadas:

- **Porta de entrada:** refere-se ao mecanismo através do qual a operadora direciona o consumidor a um prestador específico da rede própria ou credenciada para o primeiro atendimento e, quando necessário, para a continuidade do atendimento, através do encaminhamento a outro prestador.
- **Autorização administrativa:** consiste na necessidade de autorização expressa da operadora para que o beneficiário utilize serviços específicos da cobertura assistencial.
- **Direcionamento:** trata-se do acesso do beneficiário à cobertura assistencial contratada em prestador restrito, previamente definido pela operadora.
- **Hierarquização:** consiste na organização da cobertura assistencial em etapas de complexidades crescentes.

A utilização de mecanismos de regulação por parte das operadoras busca inibir que seus beneficiários utilizem indiscriminadamente os serviços de saúde e com isso seja possível reduzir a carga de despesas provenientes desses atendimentos. A questão é que hoje em dia esses mecanismos são utilizados meramente para a finalidade de contenção de custos. Não há nenhuma instrumentalização desses mecanismos em prol da organização do cuidado e da rede assistencial direcionada para obtenção de melhorias nos desfechos e na excelência da qualidade.

Se por um lado isso pode, sem dúvida, auxiliar a manutenção da sustentabilidade econômico-financeira do setor de saúde; por outro, também merece destaque que esse tipo de ação, se bem organizada, com diretrizes coerentes e bem definidas, pode induzir a uma melhoria na utilização dos serviços de saúde no setor privado e, consequentemente, nas condições de saúde de sua população.

Quando as pessoas procuram um atendimento em saúde o fazem com base quase que exclusivamente na confiança de que o profissional vai tratá-lo da melhor forma possível, com base na farmacologia existente, nas intervenções cirúrgicas e toda a sorte de procedimentos na área da saúde. O usuário/paciente não possui conhecimentos suficientes sobre o assunto para questionar a *expertise* do profissional de saúde. A esse fenômeno a economia dá o nome de assimetria de informação.

As deficiências na disponibilização das informações também reduzem o grau efetivo de competição, pois a heterogeneidade dos serviços de assistência à saúde dificulta as comparações de preço e qualidade. Por exemplo, pode-se pensar também no baixo nível de competição a que estão submetidos os hospitais em cidades pequenas que, por exemplo, contam com poucas instituições de saúde. A importância da informação se faz presente nos casos de emergência, em que as pessoas não se encontram em condições de escolher para qual unidade hospitalar desejam ir; mesmo em casos não emergenciais a escolha da instituição hospitalar é tomada junto com o médico assistente, não sendo única e exclusivamente da livre escolha do paciente.

A questão da informação assume especial importância quando são analisados os mecanismos de financiamento em sistemas como a saúde suplementar brasileira. Esse setor se diferencia dos demais à medida que os usuários/pacientes não se dão conta dos seus custos no momento em que os estão consumindo, pois são pagos pelos planos de saúde - ótica do terceiro pagador. Dado que os gastos médicos são financiados por terceiros, os consumidores têm poucos incentivos para levar em consideração seus custos. Nesse caso, o sistema de preços perde muito de sua força.

O equilíbrio financeiro do setor também é afetado pelo sistema de pagamentos vinculado a prestação dos serviços. Os indivíduos procuram os médicos em busca de conselhos sobre os procedimentos de assistência à saúde necessários e adequados ao seu caso. Nesse sistema, o profissional de saúde, como qualquer outro profissional, terá interesse em vender mais serviços, sem se preocupar, necessariamente,

com a relação custo e efetividade entre os procedimentos clínicos possíveis. Além disso, os pacientes tendem a ser avessos ao risco e a solicitar todos os tratamentos que possam achar que protejam sua saúde, fazendo com que os médicos recomendem - e os pacientes aceitem -, muitos exames e procedimentos, o que é extremamente facilitado nos dias atuais em função da imensa gama de informações não qualificadas disponibilizadas pelos sítios de busca da rede (*web*), e da cultura instituída no Brasil de que a mais nova tecnologia e a mais cara são sempre as melhores e indicadas.

Essa aversão ao risco faz com que os indivíduos prefiram despender uma quantia mensal a título de prêmio para a operadora, a ter que arcar com o custo de um tratamento integral de saúde, caso o mesmo venha a ser necessário em algum momento de sua vida. Se as doenças surgissem espontaneamente e não fossem influenciadas pelo comportamento dos indivíduos, e se os médicos não tivessem a oportunidade de decidir a quantidade que vão gastar para tratar uma doença, não haveria nenhum problema. Porém, em alguns casos, os indivíduos podem influir na probabilidade de virem a necessitar de cuidados médicos através da adoção de medidas preventivas. No entanto, mais importante é o fato de que existe uma considerável discricionariedade nos tratamentos. É possível que seja benéfico permanecer um dia a mais no hospital, porém também é possível que esse benefício seja muito inferior ao custo da permanência. Um medicamento caro pode representar um melhora apenas marginal na saúde de uma pessoa quando comparado com outro muito mais barato. Isso acontece normalmente com a introdução de novos medicamentos e com a questão das órteses, próteses e materiais especiais (OPME). O usuário do sistema pode não estar disposto a pagar, ele próprio, por essa diferença de preço, porém é difícil que recuse o medicamento mais caro se não tiver que pagar, diretamente, nada por ele. Uma vez contratado o plano de saúde, os indivíduos tendem a gastar mais com serviços de assistência à saúde, a esse fato dá-se o nome de *risco moral*.

Uma última questão a ser levantada quanto aos problemas de informação presentes no setor da saúde suplementar refere-se à *seleção adversa*. Valores mais altos fazem com que pessoas com menores chances de adoecer cheguem à conclusão de que não é necessário pagar um valor mais alto por seus planos de saúde. Com isso, à medida que aumentam os preços dos planos de saúde, se produz um efeito denominado seleção adversa: os melhores riscos (no caso, os indivíduos mais saudáveis) decidem não comprar os planos ou sair deles. Porém, ao abandonarem o mercado, fazem com que o valor dos planos de saúde aumente ainda mais, pois permanecem no mercado apenas as pessoas com maiores chances de necessitar da assistência à saúde. O equilíbrio no mercado é obtido quando o valor do plano de saúde se equipara ao que os indivíduos esperam gastar.

Além dos problemas de informação imperfeita presentes no setor, os quais dificultam a correta precificação dos planos de saúde, os aspectos relacionados com a concentração/competição, ao dificultarem o (re)dimensionamento do setor, também a comprometem.

O processo de envelhecimento populacional é, como salientado por Beltrão, Camarano e Kanso,³ composto por duas fases distintas e complementares: (1) inicialmente o envelhecimento se dá pela base, o que consiste no estreitamento da pirâmide populacional em função da redução da taxa de fecundidade e consequentemente do menor número de nascimentos; (2) o envelhecimento pelo topo da pirâmide populacional, em decorrência da redução da mortalidade, o que se reflete em um aumento da expectativa de vida. Se em um primeiro momento foi marcante o aumento da expectativa de vida decorrente da redução da mortalidade infantil, já se pode dizer que no Brasil a redução da mortalidade do próprio contingente de idosos pode ser considerada um dos fatores para o aumento da expectativa de vida, ou seja, os idosos estão ficando, em média, cada vez mais idosos.

Ainda que a população de beneficiários da saúde suplementar apresente nuances próprias, em grande medida associadas há forte inter-relação entre a participação no mercado de trabalho e o acesso aos planos de saúde, pode-se observar um expressivo envelhecimento do próprio contingente de idosos beneficiários de planos de assistência à saúde no setor suplementar. Dos aproximadamente 50 milhões de vínculos de beneficiários a planos privados de assistência médica no Brasil, 12,5% referem-se a pessoas com 60 anos ou mais de idade - idosos. Dentre os idosos com cobertura de planos privado de saúde, 60% são mulheres e 17% têm 80 anos ou

mais de idade. O Gráfico 2 apresenta a pirâmide etária da população brasileira comparada com a pirâmide etária da população que possui plano privado de saúde. Pode-se perceber que a participação dos idosos na saúde suplementar é bastante expressiva, especialmente entre as mulheres, as quais apresentam uma participação relativa superior a observada para o total da população.

Gráfico 2 - Pirâmide Etária da População Brasileira, por sexo - Brasil, 2016

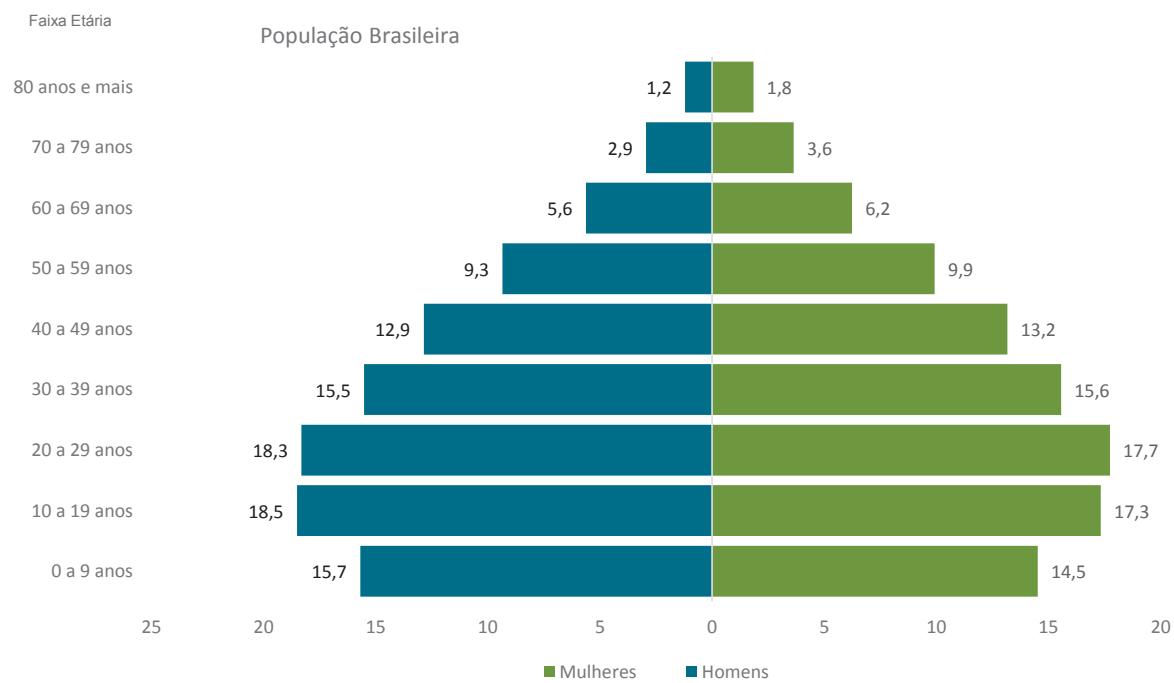
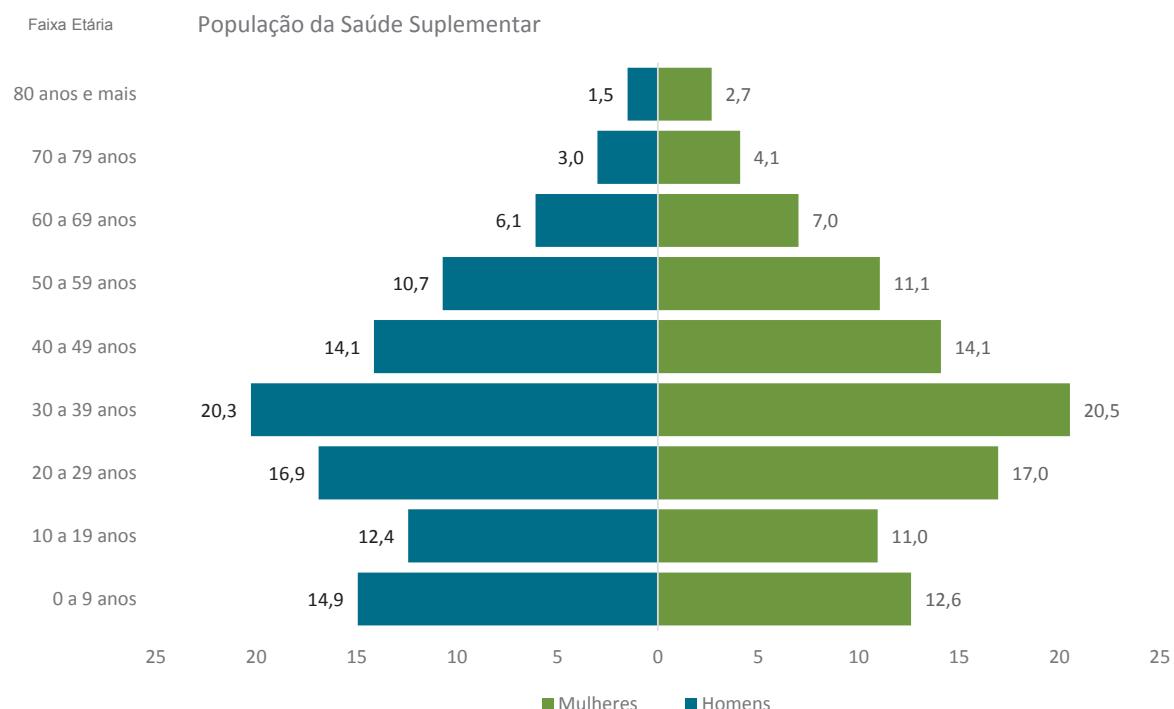


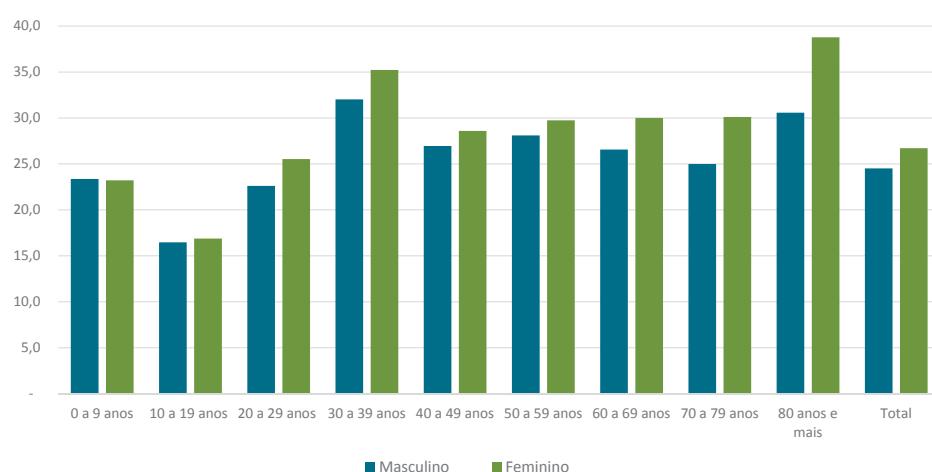
Gráfico 3 - Pirâmide Etária da População de Beneficiários de Planos de Assistência Médica, por sexo - Brasil, 2016



Fonte: SIB/ANS/MS –Março/2016

O Gráfico 3 apresenta a cobertura de planos privados de saúde na população brasileira segundo a faixa etária e o sexo. Pode ser observada uma importante participação de pessoas cobertas pela saúde suplementar em faixas etárias economicamente ativas. Mas o destaque é para o grupo etário de 80 anos e mais, principalmente entre a população feminina, em que 38% das idosas têm planos privados de saúde.

Gráfico 4 – Cobertura de planos privados de assistência médica na população brasileira, segundo faixa etária e sexo – Brasil, 2016

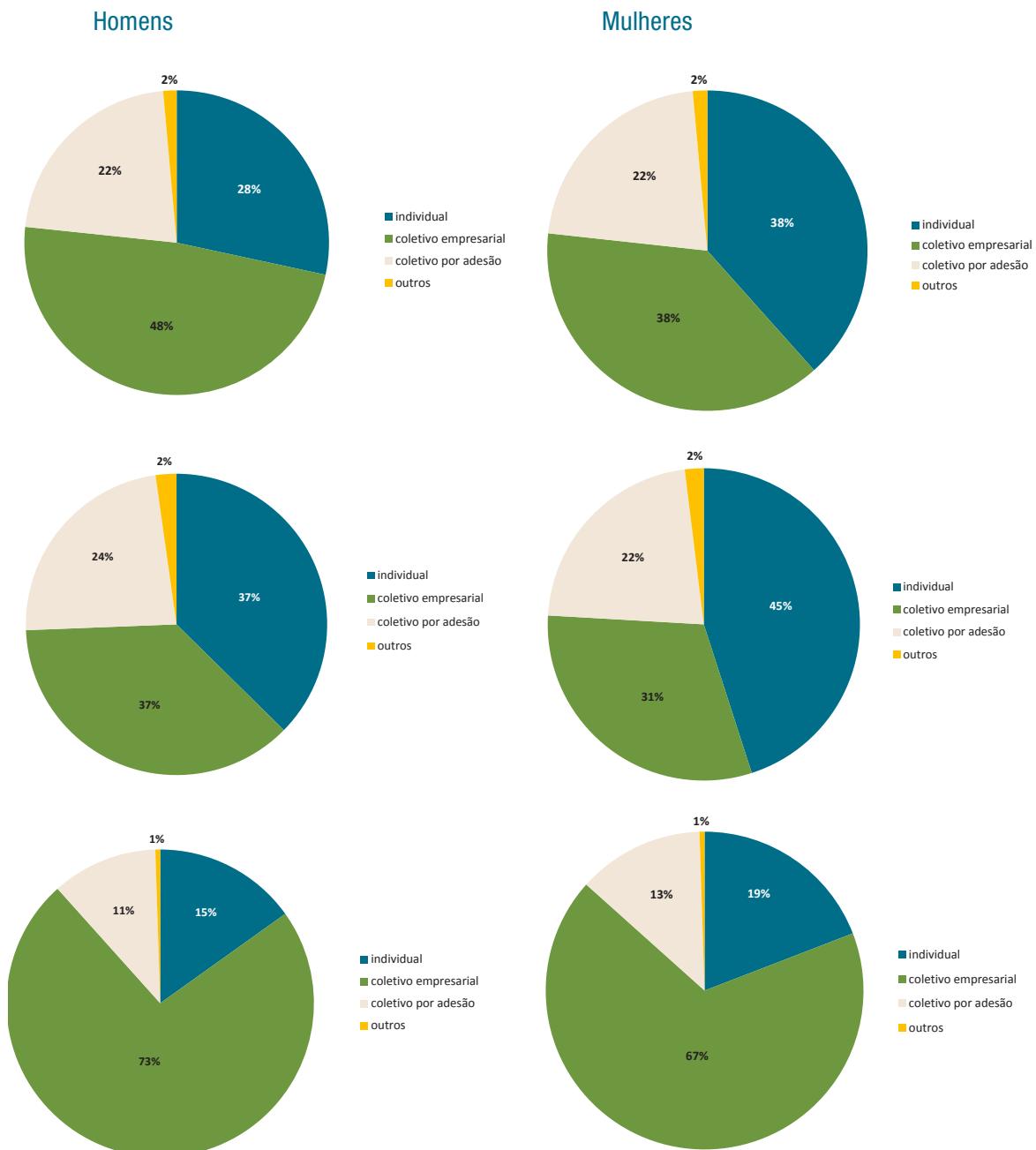


Fonte: SIB/ANS/MS – Março/2016

A variável idade também é definidora da época de contratação dos planos, o que sinaliza uma maior tendência a rotatividade entre os beneficiários de planos de saúde em idade adulta ou ativos perante o mercado de trabalho. Dessa forma, ainda que por ocasião da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), dois anos após a publicação da Lei 9.656/98, a qual regulamentou o setor, a proporção de idosos e não idosos vinculados a planos de saúde na modalidade médico assistencial seja bastante semelhante, atualmente a virtual totalidade dos beneficiários não idosos conta com vínculos a planos novos, ao passo que aproximadamente um quarto dos beneficiários idosos ainda se encontra vinculado a contratos anteriores à publicação da referida Lei.

Outra especificidade relacionada à população idosa vinculada no setor da saúde suplementar refere-se ao tipo de contratação dos planos de saúde. Enquanto entre a população não idosa, independentemente do sexo dos beneficiários, prevalecem os contratos coletivos empresariais; entre os idosos a participação percentual dos contratos individuais chegam a alcançar 45% entre as idosas com 80 anos ou mais de idade (Gráfico 4).

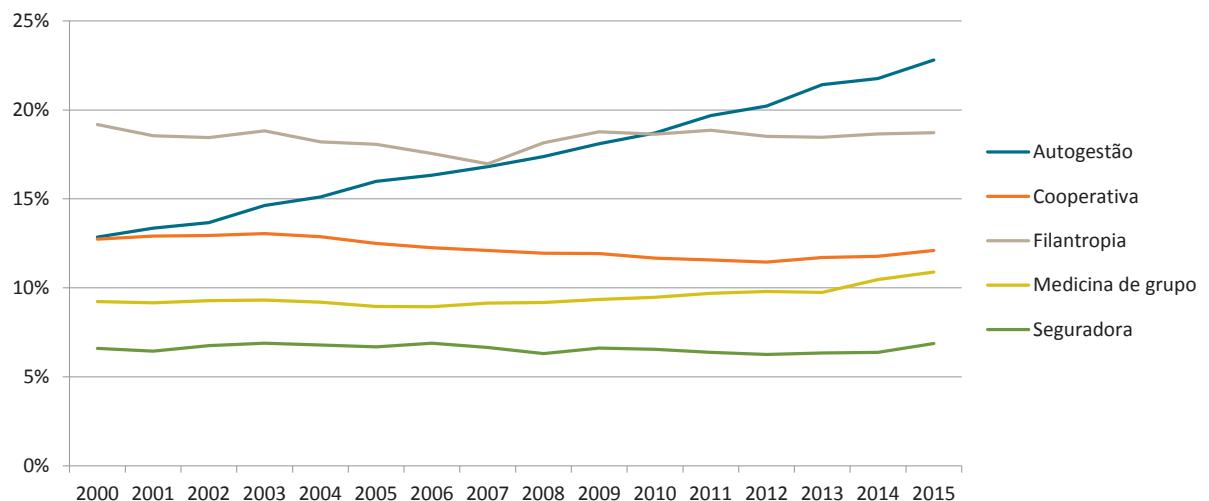
Gráfico 5 - Distribuição Percentual dos beneficiários com 60 anos e mais por tipo de contratação do plano, sexo e faixa etária - Brasil, 2016



Fonte: SIB/ANS/MS – Março/2016

O Gráfico 5 apresenta a participação da população idosa na carteira das operadoras por modalidade. Pode-se observar um maior envelhecimento da carteira das operadoras na modalidade de autogestão. Já que, por estarem vinculadas a uma população fechada, normalmente conformada por funcionários ativos e inativos de uma mesma empresa, tendem a ser mais afetadas pelo processo de envelhecimento da população brasileira e pelas políticas de recursos humanos que reduzem o efeito da rotatividade dos beneficiários entre os planos. Entre as demais modalidades observa-se uma tendência a estabilidade da participação de idosos, com as seguradoras especializadas em saúde apresentando as menores participações de idosos e as operadoras associadas a entidades filantrópicas apresentando as maiores participações de idosos.

Gráfico 6 - Série Histórica da participação da população idosa na carteira das operadoras por modalidade - Brasil, 2010 a 2015

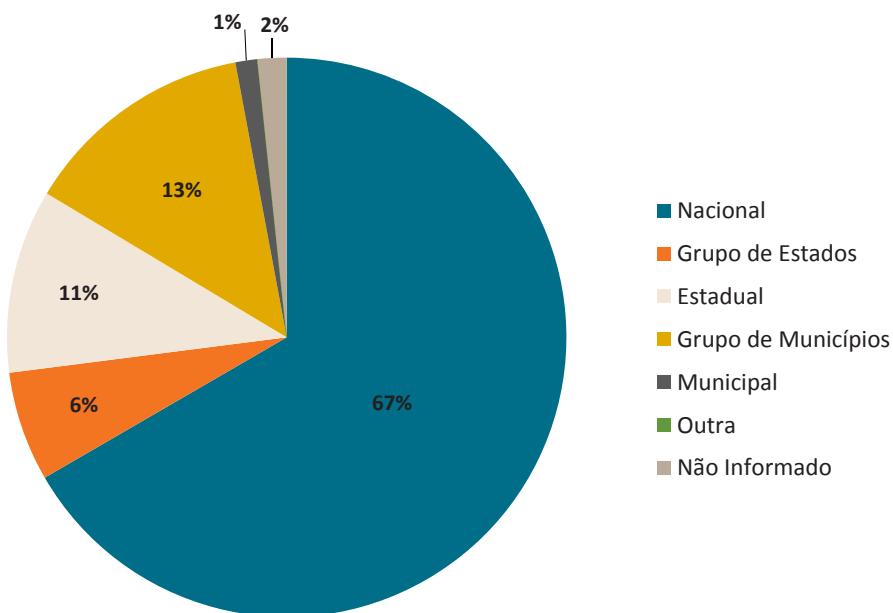


Fonte: SIB/ANS/MS – Março/2016

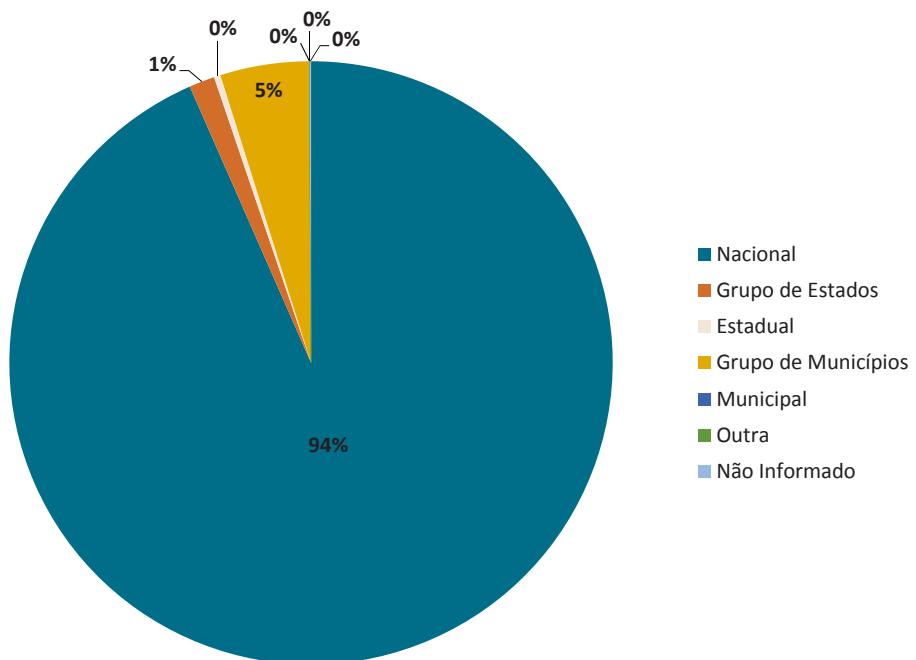
De acordo com as normas que regulamentam o setor da saúde suplementar, a abrangência da cobertura pode ser desde a mais ampla, que contemple todo o território nacional, até a mais restrita, com abrangência municipal. Em 2015, a abrangência dos contratos prevalentes entre os idosos na saúde suplementar era os com cobertura nacional (40,5%) e por grupos de municípios (41,9%). No entanto, a abrangência de cobertura geográfica dos contratos na saúde suplementar varia muito de acordo com a modalidade das operadoras. Entre as autogestões e as seguradoras especializadas em saúde prevalecem os contratos com cobertura nacional; em medicinas de grupo e filantrópicas, os contratos prevalentes são os com cobertura por grupos de municípios (Gráfico 6).

Gráfico 7 - Distribuição Percentual do tipo de abrangência do plano privado de saúde por modalidade das operadoras – Brasil, 2016

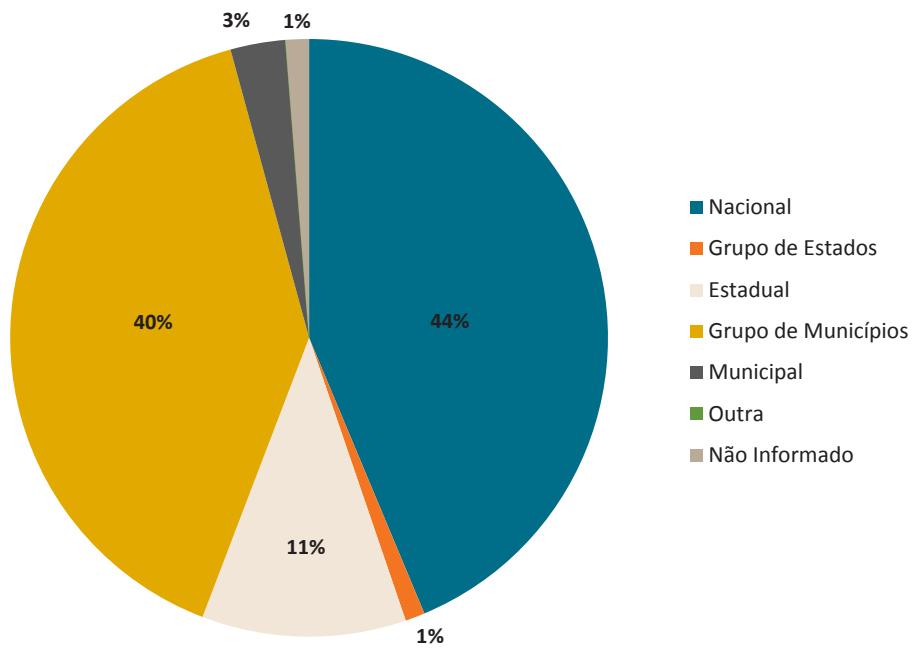
Autogestão



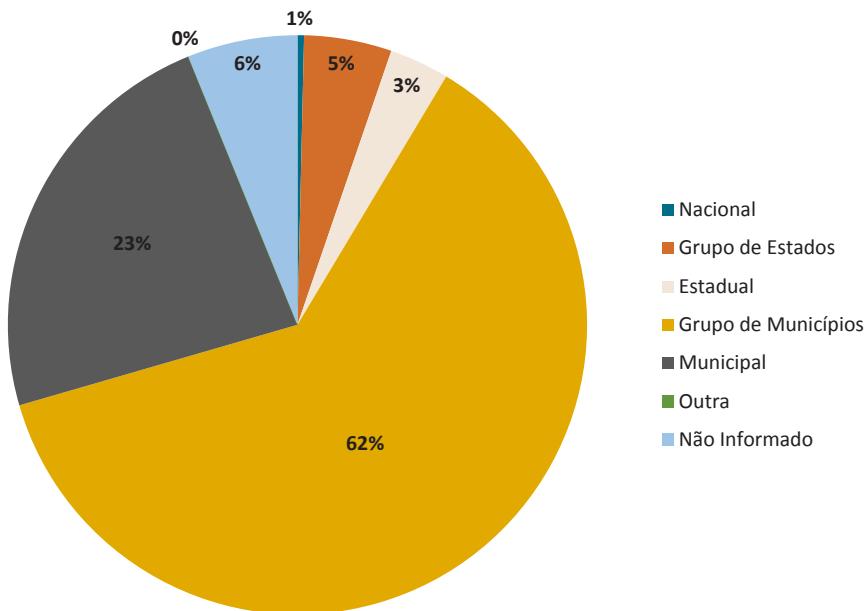
Seguradora Especializada em saúde



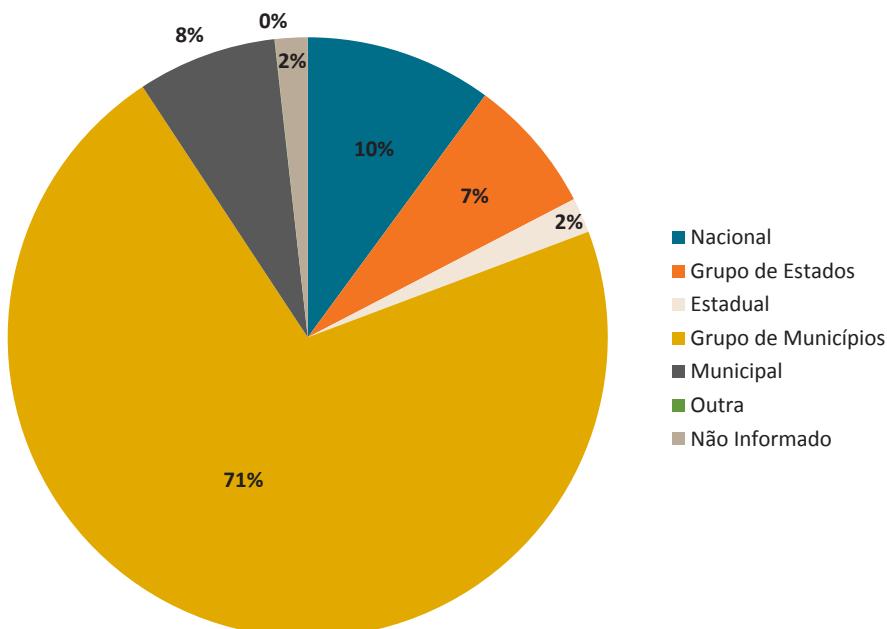
Cooperativa Médica



Filantropia



Medicina de Grupo



Fonte: SIB/ANS/MS – Março/2016

A movimentação dos idosos beneficiários de planos de saúde, como já salientado no *Plano de Cuidados dos Idosos na Saúde Suplementar*, publicado em 2012 pela ANS, obedece aos mesmos caminhos das demais faixas etárias, porém apresenta um potencial para o aumento dos gastos do sistema em função das especificidades do próprio processo de envelhecimento, que apresenta características de morbimortalidade distintas dos demais grupos etários da população, em função da maior prevalência de doenças crônicas que demandem acompanhamento de longa duração por profissionais da área de saúde.

A diversidade do processo de envelhecimento populacional brasileiro apresenta importantes aspectos socioeconômicos e demográficos que refletem na cobertura da população idosa nas várias unidades da federação (Tabela). Se, por um lado, a participação dos idosos no total da população aumentou em todos os estados e no Distrito Federal, por outro, o percentual de beneficiários idosos entre os beneficiários de planos privados de saúde, quando analisados segundo a unidade da federação, apresentou uma variação negativa em muitos casos, especialmente nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste, o que pode estar sinalizando que o sistema não foi capaz de atrair a população idosa com a mesma intensidade com que o fez com a população não idosa. Esse fato parece ser corroborado ao se analisar a cobertura da saúde suplementar na própria faixa etária dos idosos, pois se observa que em estados do Norte e Nordeste, onde a cobertura era bastante limitada em 2000, houve uma expressiva ampliação, chegando a participação de idosos em planos de saúde no Acre praticamente a triplicar em 2015. Nas regiões Sul e Sudeste a proporção de idosos no total de beneficiários da saúde suplementar aumentou, ainda que com intensidade inferior à do aumento observado na proporção de idosos representativa da população brasileira no mesmo período.

Tabela 2 - Comparação da Distribuição Proporcional de Idosos na população de beneficiários da saúde suplementar e na população brasileira, por Estados da Federação, para os anos 2000 e 2015

Estados	Proporção de idosos na População de Beneficiários da Saúde Suplementar			Proporção de Idosos na População Brasileira			Proporção de idosos beneficiários da Saúde Suplementar na População de idosos Brasileiros		
	2000	2015	variação 00-15	2000	2015	variação 00-15	2000	2015	variação 00-15
Nordeste									
Alagoas	11,6%	10,9%	-6%	7,2%	9,2%	28%	8%	15%	83%
Bahia	9,6%	10,3%	7%	8,2%	10,6%	29%	9%	11%	13%
Ceará	10,8%	9,8%	-9%	8,9%	10,6%	19%	9%	13%	54%
Maranhão	8,3%	8,4%	1%	7,2%	8,3%	15%	4%	7%	77%
Paraíba	13,6%	15,1%	10%	10,2%	11,5%	13%	9%	14%	58%
Pernambuco	10,4%	11,0%	6%	8,9%	10,7%	20%	13%	15%	18%
Piauí	9,9%	9,5%	-4%	8,3%	10,3%	24%	5%	8%	66%
Rio Grande do Norte	10,9%	11,9%	9%	9,0%	10,8%	20%	12%	17%	48%
Sergipe	11,3%	10,5%	-6%	7,4%	9,1%	23%	12%	17%	40%

continua

continuação

Estados	Proporção de idosos na População de Beneficiários da Saúde Suplementar			Proporção de Idosos na População Brasileira			Proporção de idosos beneficiários da Saúde Suplementar na População de idosos Brasileiros		
	2000	2015	variação 00-15	2000	2015	variação 00-15	2000	2015	variação 00-15
Norte									
Acre	7,9%	17,4%	121%	6%	6,5%	18%	4,0%	15,5%	288%
Amapá	6,4%	10,3%	59%	4,1%	5,3%	29%	6,4%	17,0%	167%
Amazonas	6,9%	5,9%	-15%	4,9%	6,1%	24%	9,3%	13,6%	45%
Pará	9,2%	8,6%	-7%	5,8%	7,4%	28%	8,6%	12,4%	45%
Rondônia	10,4%	9,9%	-4%	5,2%	7,6%	46%	7,7%	13,0%	69%
Roraima	7,3%	9,6%	32%	4,0%	5,6%	40%	4,9%	13,7%	177%
Tocantins	6,9%	8,2%	19%	6,8%	8,6%	26%	3,1%	7,0%	124%
Centro-Oeste									
DF	17,3%	12,6%	-27%	5,3%	9,4%	77%	91,5%	43,3%	-53%
Goiás	9,4%	8,1%	-14%	7,2%	10,1%	40%	12,2%	13,4%	10%
Mato Grosso	8,7%	7,8%	-11%	5,8%	10,5%	81%	11,1%	14,7%	33%
Mato Grosso do Sul	11,8%	11,7%	-1%	7,6%	8,9%	17%	15,7%	23,1%	48%
Sudeste									
Espírito Santo	9,1%	11,2%	23%	8,1%	11,6%	43%	24,1%	27,7%	15%
Minas Gerais	12,4%	12,5%	1%	9,1%	13,0%	43%	25,3%	24,5%	-3%
Rio de Janeiro	14,3%	16,4%	15%	10,7%	14,6%	36%	36,2%	40,8%	13%
São Paulo	9,8%	12,4%	27%	9,0%	13,1%	46%	42,6%	39,3%	-8%
Sul									
Paraná	9,7%	11,5%	18%	8,5%	12,7%	49%	17,6%	23,5%	33%
Rio Grande do Sul	10,3%	13,2%	29%	8,0%	12,2%	53%	12,1%	20,4%	68%
Santa Catarina	7,3%	10,4%	42%	10,5%	15,7%	50%	15%	19%	29%

Fonte: SIB/ANS e IBGE, 2015

Tão importante quanto conhecer os contratos aos quais os idosos na saúde suplementar estão vinculados é conhecer os serviços prestados a esses idosos. Em 2014, foram realizadas 280 milhões de consultas médicas, 149 milhões de outros atendimentos ambulatoriais (consultas com fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, entre outros), 762 milhões de exames complementares, 56 milhões de terapias (hemodiálise, quimioterapia e radioterapia) e 9 milhões de internações.

Analizando-se os dados referentes às internações de idosos em um conjunto selecionado de hospitais privados que atendem a rede de atenção a saúde suplementar, referente ao ano de 2014, observa-se que as principais causas de internação entre as idosas jovens (60 a 79 anos) são as neoplasias malignas, seguidas pelas doenças do aparelho circulatório e digestivo. Entre as idosas mais idosas (com 80 anos ou mais), as principais causas de internação, por sua vez, são as doenças do aparelho circulatório; seguidas pelas doenças do aparelho respiratório e, em terceiro lugar, causas relacionadas a sintomas, sinais e achados anormais dos exames clínicos e laboratoriais (causas mal-definidas). Entre os homens idosos prevalecem as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias malignas, para as duas faixas etárias analisadas (idosos mais jovens e mais idosos), com uma expressiva preponderância de doenças do aparelho digestivo e de causas mal-definidas.

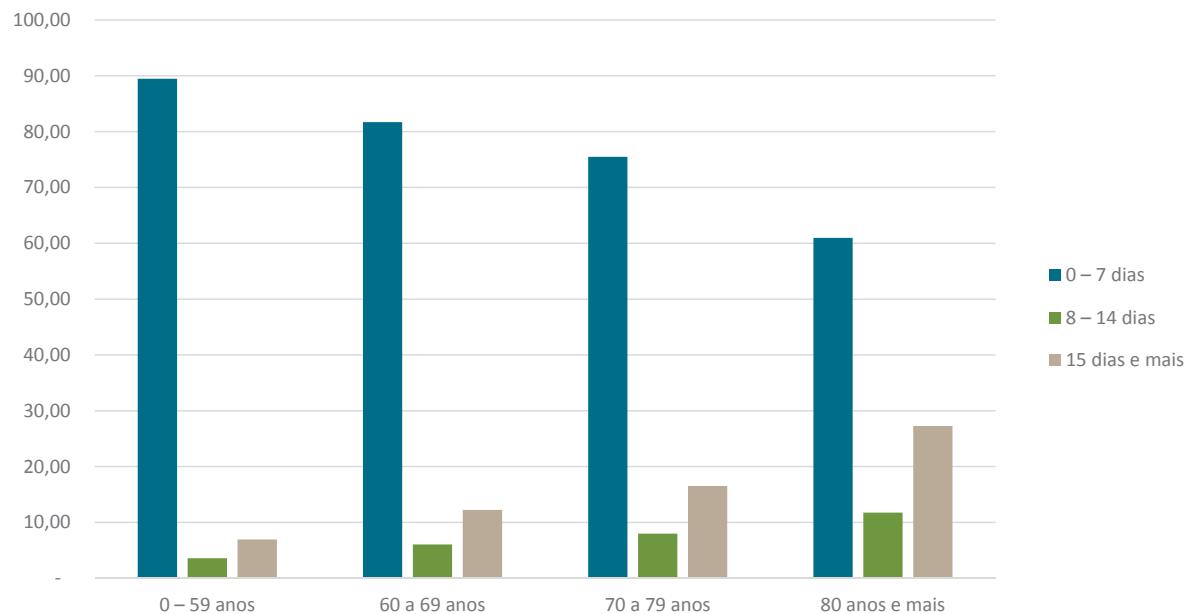
Tabela 3 - Distribuição das Principais Causas (grupo CID-10) de Internação entre Idosos em 51 hospitais privados que atendem à saúde suplementar - Brasil, 2015

Grupos da CID-10	Mulheres		Homens	
	60-79	80+	60-79	80+
Neoplasias	18,0%	8,1%	15,7%	19,5%
Doenças do aparelho circulatório	14,9%	17,7%	15,1%	18,9%
Doenças do aparelho digestivo	10,3%	7,1%	10,3%	9,2%
Sintomas, sinais e achados anormais (Causas mal-definidas)	9,5%	12,3%	9,3%	11,4%
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	9,5%	3,8%	8,3%	9,4%
Doenças do aparelho geniturinário	8,1%	9,0%	7,0%	5,1%
Lesões enven e alg out conseq causas externas	5,8%	7,2%	7,8%	5,7%
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços	5,6%	5,2%	6,2%	4,0%
Doenças do aparelho respiratório	4,8%	12,6%	5,5%	4,6%
Não Informado	2,8%	2,6%	3,0%	2,5%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2,3%	4,8%	2,7%	2,5%
Doenças do sistema nervoso	2,1%	2,1%	2,1%	1,8%
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1,9%	2,1%	2,0%	1,3%
Doenças do olho e anexos	1,4%	0,9%	1,3%	1,0%
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1,1%	1,2%	1,1%	1,0%
Causas externas de morbidade e mortalidade	0,7%	1,0%	0,8%	0,7%
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,5%	0,8%	0,6%	0,5%
Transtornos mentais e comportamentais	0,3%	1,2%	0,6%	0,3%
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%
Total Geral	100%	100%	100%	100%

Fonte: elaborado a partir de microdados fornecidos pela Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP).

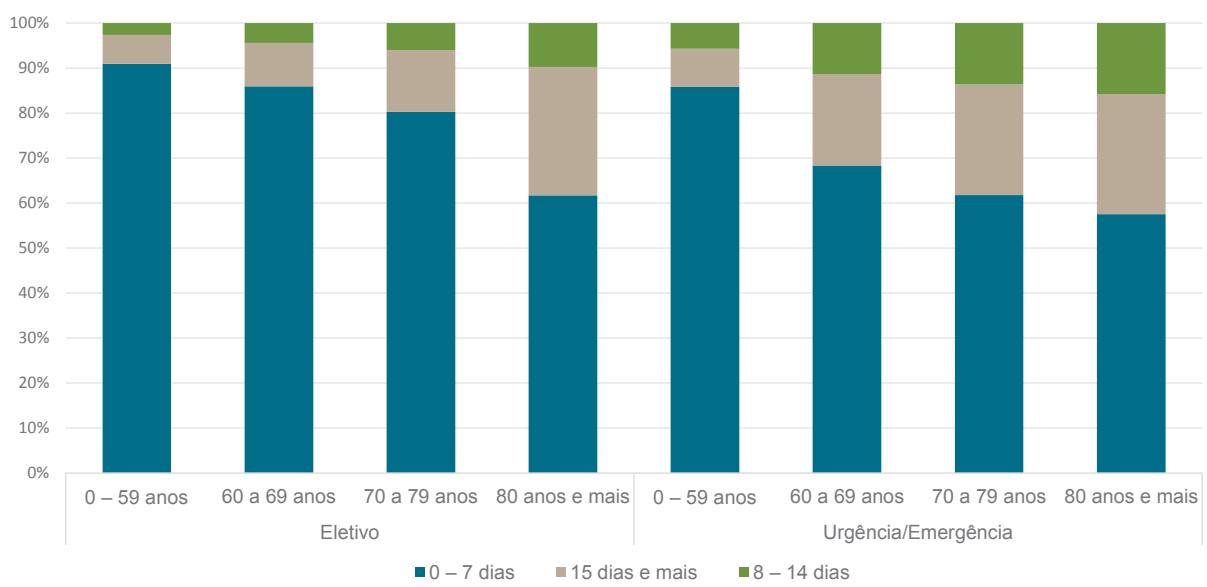
Com relação ao tempo de permanência na internação de pacientes idosos da saúde suplementar, observa-se que há uma correlação entre o aumento da idade e o incremento do número de dias da internação hospitalar, como mostram os dados dos Gráficos 7 e 8. Salienta-se que o padrão observado é bastante consistente com outros dados apresentados na literatura sobre o tema^{4,5}.

Gráfico 8 - Tempo Médio de Permanência na Internação de Beneficiários da Saúde Suplementar por Faixa Etária – Brasil, 2º semestre de 2015



Fonte: Dados do TISS (ANS), competência agosto a dezembro de 2015.

Gráfico 9 – Tempo Médio de Permanência na Internação de Beneficiários da saúde suplementar por faixa etária e origem da internação – Brasil, 2º semestre de 2015



Fonte: Dados do TISS (ANS), competência agosto a dezembro de 2015.

Complementando os dados apresentados, a Tabela 4 mostra dados das internações de beneficiários da saúde suplementar ocorridas na rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) e identificadas por meio dos dados do Ressarcimento ao SUS. Pode-se observar que, bem como ocorrido na amostra de hospitais anteriormente apresentada, as principais causas de internação dos beneficiários idosos da saúde suplementar na rede pública concentram-se nas doenças do aparelho circulatório e as neoplasias malignas.

Tabela 4 - Distribuição das Principais Causas de Internação, por Grupo da CID-10, entre idosos beneficiários de planos privados de saúde internados em hospitais públicos (SUS) - Brasil, 2013

Causas externas de morbidade e mortalidade	Mulheres		Homens	
	60-79	80+	60-79	80+
Neoplasias	20,8%	10,9%	17,6%	14,7%
Doenças do aparelho circulatório	19,8%	24,3%	24,6%	25,8%
Lesões enven e alg out conseq causas externas	8,0%	13,7%	8,4%	9,7%
Doenças do aparelho digestivo	7,8%	5,8%	10,3%	6,3%
Doenças do aparelho geniturinário	7,3%	6,0%	6,9%	6,5%
Doenças do aparelho respiratório	6,6%	13,7%	6,6%	15,3%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	4,9%	6,6%	6,1%	5,9%
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	4,3%	2,1%	2,7%	1,1%
Doenças do olho e anexos	4,1%	3,4%	2,6%	2,8%
Doenças do sistema nervoso	3,1%	2,7%	2,7%	2,6%
Transtornos mentais e comportamentais	3,0%	1,6%	2,8%	1,0%
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2,8%	3,5%	2,2%	2,6%
Sintomas, sinais e achados anormais (Causas mal-definidas)	2,6%	2,0%	2,5%	2,2%
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	2,3%	1,9%	1,8%	1,8%
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços	1,0%	0,8%	1,0%	0,5%
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,9%	1,0%	0,7%	1,0%
Malformações e anomalias cromossômicas	0,5%	0,1%	0,2%	0,1%
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,2%	0,0%	0,2%	0,1%
Causas externas de morbidade e mortalidade	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Total Geral	100%	100%	100%	100%

Fonte: Linkage do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e do Sistema de Informações de Beneficiários (SIB) – Ressarcimento ao SUS, 2013.

Desde a década de 90 a análise das internações tem sido amplamente utilizada para a avaliação dos sistemas de saúde como um todo. Uma das formas de avaliação mais relevante é a que estabelece a associação de causas de internação por condições sensíveis à atenção primária em saúde. Nesse sentido, foi desenvolvido por Billings et. al. (apud Alfradique et. al., 2009) um indicador denominado *ambulatory care sensitive conditions* como corolário para o conceito de mortes evitáveis. Traduzido para o português como Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, foi objeto da Portaria Ministerial no. 221, de 17 de abril de 2008, que estabeleceu a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP).

Condições Sensíveis à Atenção Primária podem ser entendidas como um conjunto de problemas de saúde, para os quais a atuação do sistema de saúde através de atividades como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas e o controle e acompanhamento de doenças crônicas seja efetiva.

Essas condições sensíveis à atenção primária foram responsáveis por aproximadamente 26% das internações das idosas mais idosas tanto na amostra selecionada de hospitais quanto nos casos passíveis de resarcimento ao SUS.

Dentre as condições sensíveis à atenção primária, tanto na amostra para os hospitais selecionados quanto nos casos de resarcimento por utilização de hospitais públicos por parte de beneficiários da saúde suplementar, podem ser salientadas as referentes às internações de idosos por motivo de angina, insuficiência cardíaca e doenças cerebrovasculares. Para as internações constantes da amostra de hospitais particulares, sobressaem-se as condições de internação por gastroenterites infecciosas, infecções renais doenças pulmonares e pneumonias bacterianas e infecções de pele. Para as internações realizadas em hospitais públicos, passíveis de resarcimento dos gastos para com o SUS, por sua vez, gastroenterites, casos de hipertensão, de diabetes mellitus e infecções renais também são bastante significativos.

Tendo em conta os dados ora apresentados fica tácita a urgente necessidade de mudanças concretas nas estruturas de cuidado, na profissionalização e educação continuada dos profissionais envolvidos na atenção ao idoso, nos mecanismos de pagamento das ações e serviços da rede prestadora e na disponibilidade de informações sobre saúde do idoso de modo integrado e de fácil acesso. Assim, os capítulos seguintes apresentam um modelo de redesenho da prestação dos serviços e do cuidado às pessoas idosas na saúde suplementar. A sequência de apresentação dos temas está organizada de modo que seja contemplado primeiramente a configuração do modelo, em seguida as estruturas de cuidado com as quais o idoso e sua família devem contar, e, por fim, um panorama dos modelos alternativos de remuneração dos serviços e da proposição de indicadores de monitoramento do cuidado integral ao idoso.

Referências do Capítulo

¹ Albuquerque, Ceres, Márcia Franke Piovesan, Isabela Soares Santos, Ana Cristina Marques Martins, Artur Lourenço Fonseca, Daniel Sasson, Kelly de Almeida Simões. 2008. A Situação Atual do Mercado da Saúde Suplementar no Brasil e Apontamentos para o Futuro. *Ciência & Saúde Coletiva* 13, no. 5 (10): 1421-430

² Levi ML, Mendes A. 2015. Gasto total em saúde no Brasil. Campinas: IDSA.

³ Beltrão, Kaizô Iwakami, Ana Amélia. Camarano, Solange Kanso El Ghaouri. 2004. *Dinâmica Populacional Brasileira Na Virada Do Século XX*. Rio De Janeiro: IPEA.

⁴ Rufino, Geisa Pereira, Mariana Galvão Gurgel, T d Pontes, Eutília Freire. 2012. Avaliação de fatores determinantes do tempo de internação em clínica médica. *Revista Brasileira Clínica Médica* 10, no. 4: 291-297.

⁵ Silveira, Rodrigo Eurípedes da, Álvaro da Silva Santos, Mariana Campos de Sousa, Taciana Silva Alves Monteiro. 2013. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. *Einstein* (16794508) 11, no. 4.

CAPÍTULO 2

"As ACO's têm como objetivo reduzir, ou ao menos controlar, o incremento de custos em saúde e melhorar a qualidade do cuidado aos usuários do sistema de saúde, tanto em resultados clínicos como em experiência e satisfação do paciente. A idéia seria aumentar a qualidade e reduzir custos, sem racionamento de acesso, através de prevenção, diagnóstico precoce (...)"

COMO IMPLEMENTAR A MUDANÇA DO MODELO DE CUIDADO: O MUNDO E O BRASIL

A preocupação com um modelo de cuidado ao idoso de maior qualidade, mais efetivo e com maior custo-efetividade não é uma preocupação somente brasileira. O mundo todo está debatendo o tema e propondo melhorias em seus sistemas de saúde¹.

É sempre importante olharmos para o mundo e estudarmos quais propostas foram feitas e o resultado que apresentam, para que possamos evitar erros já cometidos e aprimorar experiências exitosas.

Na Alemanha, por exemplo, onde o sistema de proteção social é caracterizado como seguro social, a cobertura por um seguro saúde é obrigatória, seja por fundos públicos (90%) ou por seguros privados.

Nesse sistema existe uma organização centralizada e hierarquizada de cuidado. Além disso, existe um seguro compulsório público para cuidados de longa duração, criado em 1994, que excluiu os gastos com tratamento de longa duração do sistema de saúde.

No Canadá, o sistema de saúde é predominantemente financiado pelo governo (seguro social) e a prestação de serviços é privada. Tem cobertura ampla e universal, sendo regulamentada pelo *Canada Health Act*. No que diz respeito à saúde dos idosos, destacam-se as políticas de *Home & Continuing Care*.

Na Espanha, o SNS - Sistema Nacional Espanhol se organiza em dois níveis assistenciais: atenção primária e especializada, com acesso livre e imediato dos cidadãos no primeiro nível.

A Inglaterra conta com o NHS - *National Health Service*, que tem como figura central de organização o modelo dos GP - *General Practitioners*.

O que todos esses modelos têm em comum? A organização do cuidado em uma figura central, com foco na atenção primária e no *continuum* do cuidado, de onde se originam seus melhores resultados em saúde.

O sistema de saúde suplementar brasileiro guarda muitas semelhanças com o modelo de seguros privados de saúde dos EUA, tanto em seu modelo assistencial quanto no financiamento do sistema. Porém, em 2010, através do ACA - *Affordable Care Act*, iniciou-se uma nova forma de organização do modelo americano: as ACO - *Accountable Care Organizations*^{2,3}.

As ACO têm como objetivo reduzir, ou ao menos, controlar o incremento de custos em saúde e melhorar a qualidade do cuidado aos usuários do sistema de saúde, tanto em resultados clínicos como em experiência e satisfação do paciente.

A ideia central é aumentar a qualidade e reduzir custos, sem racionamento de acesso, através de prevenção, diagnóstico precoce, redução de uso de exames, tecnologia desnecessárias, idas preventivas à emergência, readmissões hospitalares preventíveis, taxas de infecção e efeitos adversos nos hospitais. O coração do modelo das ACO é o cuidado primário efetivo.

Como os prestadores americanos em diferentes partes do país têm diferenças importantes em termo de tamanho, habilidades e manejos de custo, não existe uma configuração única de ACO que vá funcionar em todos os lugares^{3,4}. Assim, alguns níveis e modelos são considerados:

1) Nível 1 ACO: grupos de profissionais de cuidado primário funcionando juntos, sobre um mecanismo organizacional, e focando na prevenção e melhoria da atenção às condições sensíveis ao cuidado ambulatorial;

2) Nível 2 ACO: grupos de profissionais de cuidado primário + especialistas de utilização mais frequentes, trabalhando juntos sobre um mecanismo organizacional, e focando na prevenção e melhoria da atenção às condições sensíveis ao cuidado ambulatorial;

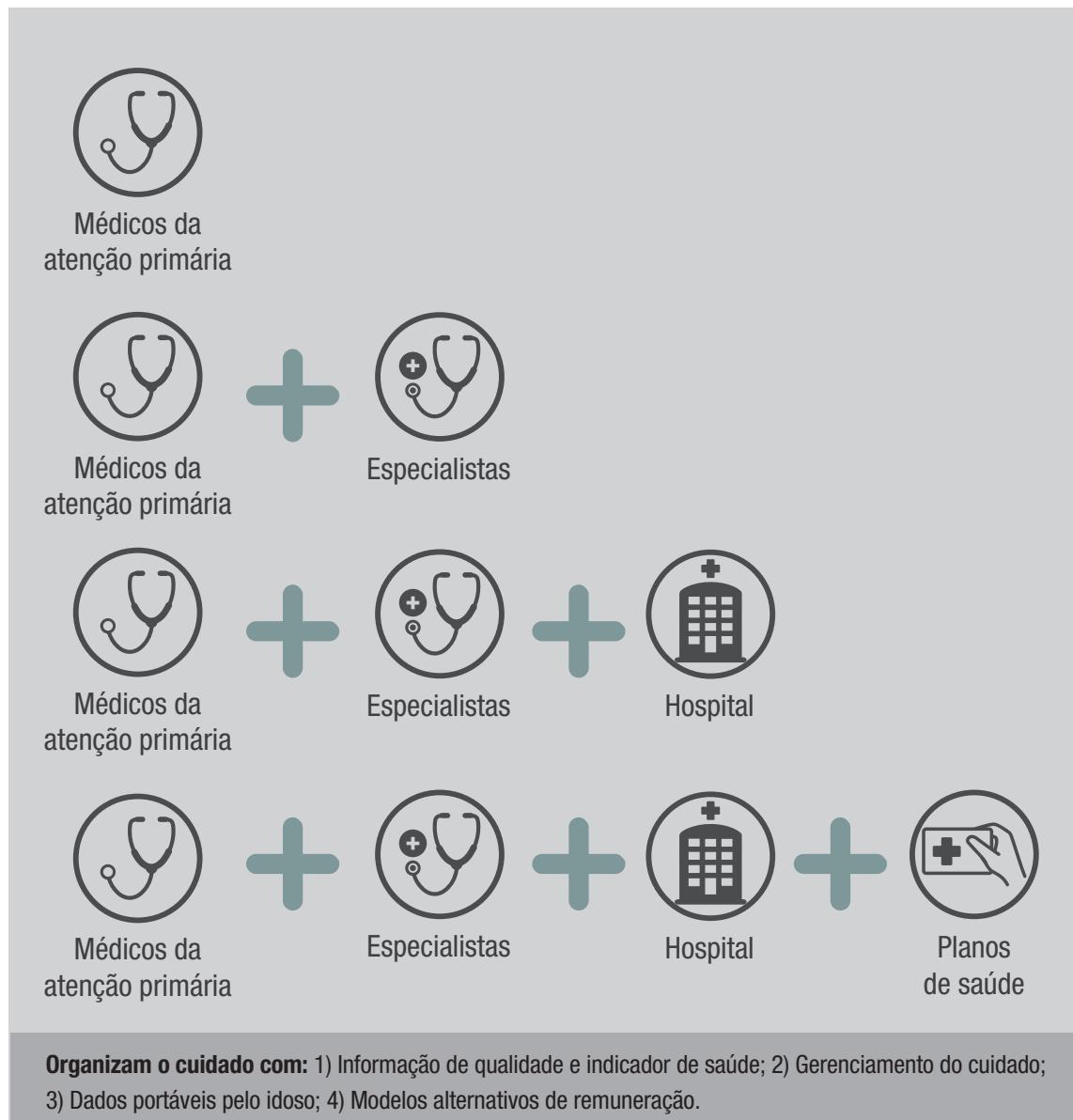
3) Nível 3 ACO: grupos de profissionais de cuidado primário + especialistas + hospitais;

4) Nível 3.1 ACO: grupos de profissionais de cuidado primário + especialistas + hospitais + operadoras de planos de saúde;

5) Nível 4 ACO: provedores de saúde + agências de saúde pública + organizações sociais.

Por que estudar a reorganização do modelo americano? Mesmo com pouco tempo de aplicação e ainda com muito a se aperfeiçoar, o modelo das ACO já vem mostrando resultados, tanto assistenciais quanto em custo^{5,6}.

Figura 1 – Arranjos Assistenciais a partir do Modelo das Accountable Care Organizations - ACO's



Fonte: elaboração própria

Originalmente esse modelo nasceu de uma situação assistencial muito parecida com a da saúde suplementar brasileira: de incremento nos gastos em saúde, desarticulação da rede assistencial, problemas relacionados à qualidade e desfechos clínicos. Além disso, precisou percorrer o mesmo caminho de reorganização que nós precisamos. E mais do que isso, o modelo vem se mostrando efetivo, tanto em resultados assistenciais como em redução de custos em um curto período de implementação.

De onde poderia vir essa organização para implantação de um modelo com foco na qualidade, prevenção, atenção primária e redução de custos?

- 1) A partir de grupos profissionais que organizassem o caminho de cuidado do paciente;
- 2) A partir de hospitais que conseguissem uma reorganização de seu papel dentro do sistema, não mais somente com a função que hoje conhecemos, mas também organizando o cuidado desde a atenção primária (*community-hospitals*);

3) A partir das operadoras que podem ter a função de gestoras do cuidado de sua população, organizando esse caminho em toda a hierarquia do cuidado.

O modelo que vamos descrever de organização dos serviços para o cuidado ao idoso serve para aplicação por qualquer um desses modelos. O importante é que essa organização se dê com qualidade.

O referencial de mudança de modelo de remuneração das ACO é apresentado com detalhe no Capítulo 7.

Referências do Capítulo

¹ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasil. Experiências de financiamento da saúde dos idosos em países selecionados: relatório executivo. Rio de Janeiro: ANS, 2010. 44 p.

²Harold D. Miller. 2009. *How to Create Accountable Care Organizations*. First Edition, September 7. Center for Healthcare Quality and Payment Reform. Disponível em: www.CHQPR.org

³McClellan, Mark, Aaron N McKethan, Julie L Lewis, Joachim Roski, and Elliott S Fisher. 2010. *A national strategy to put accountable care into practice*. Health Affairs 29, no. 5: 982-990.

⁴McWilliams, J Michael, and Zirui Song. 2012. *Implications for ACOs of variations in spending growth*. New England Journal of Medicine 366, no. 19 e 29.

⁵Song, Zirui, Dana Gelb Safran, Bruce E Landon, et al. 2012. *The 'Alternative Quality Contract', based on a global budget, lowered medical spending and improved quality*. Health Affairs 31, no. 8: 1885-1894.

⁶DeVore, Susan; R Wesley Champion. 2011. *Driving population health through accountable care organizations*. Health Affairs, no. 1:41-50.

CAPÍTULO 3

"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."

PROPOSTA PARA ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA SAÚDE SUPLEMENTAR: INTEGRALIDADE, SUSTENTABILIDADE E QUALIDADE NO CUIDADO AO IDOSO

Esse capítulo irá descrever a organização do modelo como um todo, focando em suas bases primordiais: a avaliação funcional e a atenção primária ao idoso. Já os capítulos seguintes irão descrever algumas fases desse modelo que precisam ser aprimoradas ou iniciadas na saúde suplementar.

No ano de 2012, a ANS propôs o conceito de Plano de Cuidados do idoso na saúde suplementar¹, que engloba os conceitos de linha de cuidado e projeto terapêutico, 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 cuidados².

Em consonância com o normativo que dispõe sobre a instituição do Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar (QUALISS) e, considerando o envelhecimento da população e o atual cenário da saúde suplementar no país, a Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI/UERJ) propôs o aprimoramento do modelo de cuidado em construção, utilizando referenciais e lógicas tanto do campo de planejamento e gestão em saúde pública quanto do campo da gerontologia e da economia da saúde.

Definido em suas delimitações gerais, o modelo constitui-se em uma proposta de linha de cuidado ao idoso, compreendida como uma estratégia de estabelecimento de “percursos assistenciais”, organizando o fluxo de indivíduos de acordo com o seu grau de fragilidade².

Esse modelo, apresentado na Figura 1, foi utilizado no estudo realizado como referencial de análise para as práticas encontradas no sistema suplementar de saúde³ e é uma sistematização de um modelo empírico que vem sendo elaborado a partir da experiência de mais de 20 anos da UNATI/UERJ.

Figura 1 – Cuidado Integrado à Pessoa Idosa



Fonte: UNATI/UERJ

Legenda:

Nível 1 - Acolhimento

Nível 2 - Centro Sócio Sanitário, Ambulatório Clínico e Centro Dia.

Nível 3 - Ambulatório Geriátrico e Atendimento Domiciliar e Reabilitação.

Nível 4 - Curta Duração: Atendimento Domiciliar 3, Emergência e Internação de Casos Agudos, Hospital Dia e Hospice.

Nível 5 - Longa Duração: Unidade de Reabilitação, Residência Assistida e Instituição de Longa Permanência de Idosos (ILPI).

Observações:

Contorno em amarelo - níveis leve de cuidado

Contorno em vermelho - níveis mais pesados.

Desse modo, o modelo que propomos é composto por 5 níveis hierarquizados de cuidado – acolhimento, núcleo integrado de cuidado, ambulatório geriátrico e cuidados complexos de curta duração e longa duração –, mas é nos três primeiros níveis, nas instâncias leves de cuidado, que há a diferença. A identificação do risco e a integralidade da atenção nos diferentes pontos da rede são o cerne deste modelo. O reconhecimento precoce do risco, a fim de reduzir o impacto das condições crônicas na funcionalidade, oportuniza monitorar a saúde e não a doença, com possibilidade de postergá-la, a fim de que o idoso possa usufruir seu tempo a mais de vida.

A reprodução gráfica do modelo, Figura 1, auxilia na compreensão de aspectos importantes da proposta.

A entrada única através do Nível 1 - Acolhimento - garante um acesso consciente na porta de entrada, momento crucial para estabelecimento da empatia e confiança, fundamentais para fidelização do usuário.

O objetivo geral da proposta é aprimorar o modelo de hierarquização da atenção à saúde do idoso, com foco nos três níveis iniciais, que concentra 90% das necessidades dos idosos, através da elaboração de uma proposta de monitoramento e avaliação de estrutura, processos e resultados nestes níveis de cuidado que privilegiam a atuação multidisciplinar do cuidado com ênfase na prevenção. Sua utilização pelo setor para análise das práticas propostas ou implementação no setor de saúde suplementar, pode constituir-se em um poderoso instrumento para a indução de políticas tanto para o setor privado quanto público. Não há porque diferenciar indicadores de resultado em saúde entre os setores públicos e privados. No Anexo III é apresentada uma proposta de indicadores de monitoramento desse modelo de cuidado integral ao idoso nas diferentes instâncias e níveis da rede assistencial.

Nesse sentido, 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.

Atualmente, os sistemas de saúde funcionam com poucos pontos de atenção e que não se articulam. Em geral, os pacientes entram nessa rede desarticulada em um estágio muito avançado. A porta de entrada, na grande maioria das vezes, é a emergência do hospital. Tal modelo, além de inadequado e anacrônico, tem uma péssima relação custo-benefício, pois é centrado no hospital, fazendo uso intensivo de tecnologias de alto custo. Seu fracasso, no entanto, não deve ser imputado aos usuários, e, sim, ao modelo assistencial praticado, pois há uma sobrecarga de usuários nos níveis de maior complexidade pela carência de cuidado nos primeiros níveis.

O maior problema da maioria dos modelos assistenciais vigentes talvez seja o foco exclusivo na doença. Mesmo quando se oferece um programa com uma lógica de antecipação dos agravos, as propostas são voltadas prioritariamente para a redução de uma determinada moléstia, esquecendo que em uma doença crônica já estabelecida o objetivo dificilmente será a cura, mas o monitoramento e a estabilização do quadro clínico. O modelo preventivo foi concebido em um mundo menos envelhecido do que o atual. O destaque, portanto, foi conferido aos grupos populacionais mais jovens.

Propõe-se abandonar o paradigma baseado no gerenciamento de doença crônica e transformar a prática da atenção ao idoso segundo um novo paradigma fundamentado no gerenciamento de perfil de saúde dessa pessoa que, sendo idosa, provavelmente vive com alguma ou com um conjunto de patologias.

Em 2013, a partir de uma revisão crítica da literatura nacional e internacional sobre modelos de atenção à saúde para população idosa que tenham avaliado a efetividade das redes assistenciais, observou-se que a atenção deve ser organizada de maneira integrada e os cuidados necessitam ser coordenados ao longo do percurso assistencial em uma lógica de rede desde a entrada no sistema até os cuidados ao fim da vida.

O modelo é baseado na identificação precoce dos riscos de fragilização dos usuários. Uma vez identificado o risco, a prioridade é a reabilitação, a fim de reduzir o impacto das condições crônicas na funcionalidade. Busca-se intervir antes de o agravo ocorrer. A ideia é monitorar a saúde e não a doença; a intenção é postergar a doença, a fim de que o idoso possa usufruir com qualidade seu tempo a mais de vida. Assim, a melhor estratégia para um adequado cuidado do idoso é utilizar a lógica de permanente acompanhamento da sua saúde, tê-lo sempre sob observação, variando apenas os níveis, a intensidade e o cenário da intervenção.

Pode-se pensar, dessa forma, em um conjunto de ações assistenciais estruturadas para atender a determinado agravo de saúde do indivíduo, com base em uma avaliação de risco. Esse risco é composto por aspectos clínicos, sociais, econômicos e ambientais, dentre outros.

Os níveis hierárquicos devem ser parte integrante do projeto terapêutico e do “caminho” assistencial a ser percorrido pelo beneficiário. Esse é o maior desafio para os programas de cuidados preventivos, clínicos, de reabilitação e de cuidados paliativos na atualidade. Essa integração é definidora do sucesso do modelo, inclusive do ponto de vista assistencial e financeiro⁴.

A hierarquização da rede possibilita pelo menos dois elementos fundamentais para o cuidado do idoso: (1) a diminuição da iatrogenia e (2) a organização do fluxo de cuidados.

A iatrogenia aqui citada refere-se à desorganização do cuidado, a qual faz com que o usuário circule na rede assistencial, sem nenhum gerenciador que o reconheça como um todo ao longo do tempo. Esse usuário idoso, hoje, no Brasil, está sujeito a inúmeras iatrogenias do sistema, estando muitas vezes extremamente polimedicado e resumindo sua assistência à visitas pontuais a emergências. Esse modelo de cuidado ao idoso não somente é extremamente custoso como também é danoso à saúde dos pacientes, podendo inclusive levar ao óbito.

As linhas de cuidado são estratégias de estabelecimento do percurso assistencial com o objetivo de organizar o fluxo das pessoas de acordo com suas necessidades de saúde. Pressupõem a integração de 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.

A compreensão de que se deve investir no idoso saudável, mesmo aquele com doença crônica e em tratamento – a imensa maioria dos idosos da nossa sociedade –, e ter ações para todos os demais é uma visão contemporânea que os gestores da área deveriam aplicar. A ocorrência de doenças crônicas na população idosa é, sem dúvida, de grande magnitude. Cabe saber, entretanto, o quanto tais patologias os impedem de exercer suas atividades rotineiras de forma independente e autônoma. A diminuição da capacidade funcional do idoso o tornará, de alguma forma, dependente de um nível mais complexo de assistência, ou seja, na concepção do modelo que estamos sugerindo, o fará subir para um degrau hierarquicamente mais intenso de cuidados.

Em síntese, um modelo de atenção à saúde do idoso que se pretenda eficiente deve aplicar todos os níveis de cuidado, isto é, possuir um fluxo bem desenhado de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstia, e reabilitação de agravos. Essa linha de cuidado se inicia na captação, no acolhimento e no monitoramento do idoso e somente se encerra nos momentos finais da vida, na unidade de cuidados paliativos.

Torna-se necessário sempre frisar que, nessa hierarquização da complexidade das fragilidades e agravos, a ênfase é conferida aos níveis básicos, com vistas a oferecer condições de promover um envelhecimento ativo. Salienta-se que, na linha de cuidado que propomos em 5 etapas hierarquizadas de cuidados ascendentes, é nos níveis iniciais que se concentra mais de 90% da população idosa.

"O importante é que cada instituição de saúde tenha conhecimento de sua população, seu perfil e suas necessidades, de modo a construir a melhor forma de organizar sua prestação de serviços".

Existem várias sugestões de modelos de linhas de cuidado. O importante é que cada instituição de saúde tenha conhecimento de sua população, seu perfil e suas 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 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.

A hierarquização não pressupõe um percurso evolutivo entre os níveis de atenção do modelo, apesar da tendência esperada; as etapas não podem ser absolutamente fixas, porque existe a possibilidade de reversão da incapacidade e retorno a um patamar de menor complexidade, dependendo da situação. O acolhimento constitui o processo de "desmontagem" da lógica antiga e de tentar que o usuário faça o percurso inverso; que hoje inicia-se em uma instância de maior complexidade – o hospital -- e todo o esforço é realizado para que sua caminhada assistencial seja a de retroceder aos níveis iniciais do modelo de atenção. Para que o modelo seja viável, o acolhimento pode se descolar de um suposto espaço físico próprio (o ideal) para se estruturar no interior de outra unidade da prestadora de saúde.

O importante nos primeiros níveis de atenção é que sejam vistos como referência e porta de entrada pelos usuários e possam estar preparados para responder prontamente as suas necessidades. Como querer que os pacientes entendam que é muito melhor buscar esse espaço e não a emergência, se aquela fica "disponível" 24 horas por dia e transmite uma sensação de resolutividade e a atenção primária funciona de 8 às 17 horas e não transmite essa mesma sensação?

Precisamos que o acesso seja oportuno e que o paciente possa buscar esse referencial também no momento em que sinta a necessidade.

Devemos considerar que os níveis 1 a 3 - em amarelo na Figura 1 - são as instâncias leves, ou seja, de custo menor e compostas basicamente pelo cuidado multiprofissional dos profissionais de saúde bem treinados. O esforço deve ser realizado para manter os usuários do sistema nestes níveis leves, visando preservar sua qualidade de vida e participação social. Já as instâncias em vermelho, as pesadas, são de alto custo e se situam no hospital e nas demais unidades de longa permanência; o empenho deve ser realizado para tentar reabilitá-las e trazê-las para as instâncias leves, apesar de nem sempre ser possível. Desse modo, todo esforço deve ser realizado para permanecer com o idoso nos três primeiros níveis de cuidado, com vistas a manter sua qualidade de vida e reduzir os custos⁵.

Os modelos de atenção a esse segmento populacional precisam ser centrados na pessoa, considerando suas especificidades e necessidades. O cuidado precisa ser gerenciado desde a entrada no sistema até o fim da vida, com a integralidade dos serviços e das ações ofertadas através de um Plano de Cuidados e acompanhamento constante. Sabemos que os idosos possuem especificidades decorrentes de doenças crônicas, de fragilidades orgânicas e sociais, com um maior custo para seu cuidado. Com tantas situações adversas, o cuidado do idoso tem de ser estruturado de forma diferente da que é realizada para o adulto⁶.

Um diferencial importante é a proposição de registrar os “percursos assistenciais” do paciente, através de um sistema de informação amplo, que registre não somente a evolução clínica da pessoa idosa, mas também sua participação em ações de prevenção, individuais ou coletivas. Assim como o apoio do gerente de acompanhamento e as chamadas realizadas para ou pelo que estamos chamando de *GerontoLine* permitem um compartilhamento da informação, possibilitando uma avaliação mais integral do indivíduo, inclusive com o prontuário médico da unidade hospitalar.

O *GerontoLine* deve ser um serviço de apoio em que o idoso e seus familiares se sintam protegidos e tenham suas necessidades atendidas e suas dúvidas esclarecidas sobre a assistência recebida. Esse *call center* deve ser um diferencial, funcionando como um facilitador e um reforço na relação modelo-paciente. A equipe de atendentes deve ser formada por pessoal qualificado e seu papel será o de conversar e resolver as demandas do usuário. A prerrogativa é que toda situação tenha uma solução e, caso necessário, o atendente deve retornar a ligação com a resposta que não pôde ser oferecida no momento anterior. Deve ser um canal de comunicação efetiva, de apoio à assistência e aos demais serviços ofertados.

O gerente de acompanhamento é um profissional da área de saúde que recebe e acompanha o idoso e sua família a partir do Nível 2 (Núcleo Integrado de Cuidado). A avaliação funcional breve feita no ingresso permite um marco zero de monitoramento e parâmetro para acompanhamento do plano terapêutico entre os diferentes pontos da rede. Esse profissional cuida da transição do cuidado entre os serviços e reavalia anualmente, ou quando necessário, a capacidade funcional da pessoa, incentivando-a a participar do processo de cuidado através da interlocução entre o discurso assistencial e o paciente, em sua maioria, frágil. Para manter a qualidade da assistência recomenda-se que para cada gerente de acompanhamento tenha um grupo sob sua responsabilidade, como forma de garantir o estabelecimento da confiança e vinculação com o idoso, valores inerentes a uma assistência qualificada.

O Nível 2 é o local de integração das várias ações de educação, promoção e prevenção de saúde, através do ambulatório de saúde, com profissionais para idosos com baixo risco, centro de convivência e conveniência, serviços de reabilitação, de apoio ao cuidado, ao autocuidado, e à família, *GerontoLine*, e é onde o idoso é apresentado ao seu gerente de acompanhamento.

No Nível 3 (Ambulatório Geriátrico), destacamos a importância da equipe multidisciplinar composta por médico, enfermeiro e assistente social, que realizam a avaliação geriátrica multidimensional que permitirá intervenções específicas quando necessárias. Essa avaliação considera aspectos médicos, de cuidados, de suporte social, de meio ambiente, cognitivos, afetivos, de crenças religiosas e econômicas, constituindo o plano terapêutico, construído coletivamente e discutido com a equipe de saúde e o gerente de acompanhamento. Nesse nível também se localiza a organização do atendimento domiciliar e da reabilitação.

Com relação aos familiares da pessoa idosa, observamos que há modelos distintos com arranjos variados do que podemos considerar como participação. Existem idosos que vivem sós sem suporte de uma rede familiar, e isto não quer dizer que não haja amigos ou empregados; outros convivem com acompanhantes; assistidos à distância; e ainda há aqueles que vivenciam relações pautadas nas obrigações morais sem afeto. O suporte não deve se restringir à relação familiar consanguínea, mas aqueles que vivem ou convivem com o idoso.

Ressaltam-se, assim, aspectos ausentes na maioria dos modelos assistenciais para pessoas idosas existentes no país e que, quando devidamente registrados em sistema único, oportunizam algo muito importante para o cuidado – quanto mais o profissional de saúde conhece o histórico do seu paciente, melhores serão os resultados, e é assim que devem funcionar os modelos contemporâneos e resolutivos de cuidado.

A busca da excelência e de práticas inovadoras deve ser permanente e constitui um desafio que ultrapassa

o conhecimento das ciências biológicas; a interlocução com as ciências sociais e econômicas dever ser permanente, como forma de manter modelos assistenciais mais eficientes, resolutivos, de qualidade superior e custos mais baixos, que possibilitem a inclusão e a redução de riscos.

O início desta nova relação deve ser pautada em aspectos técnicos assistenciais, além das questões administrativas e financeiras inerentes ao contrato terapêutico – nada dever ser omitido. O vínculo inicial deve ser pautado na confiança e transparência, para que o usuário possa escolher participar ou não do modelo, dado que sua adesão pode implicar bonificações e premiações vinculadas ao uso dos serviços, como incentivos concedidos pelo plano de saúde e incentivados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A recusa em participar não impossibilita a admissão em outro momento e nem a perda dos incentivos; da mesma forma, os pacientes idosos já usuários do plano de saúde poderão aderir. Destaca-se que o modelo pode servir tanto para hospitais quanto para demais prestadores de serviços.

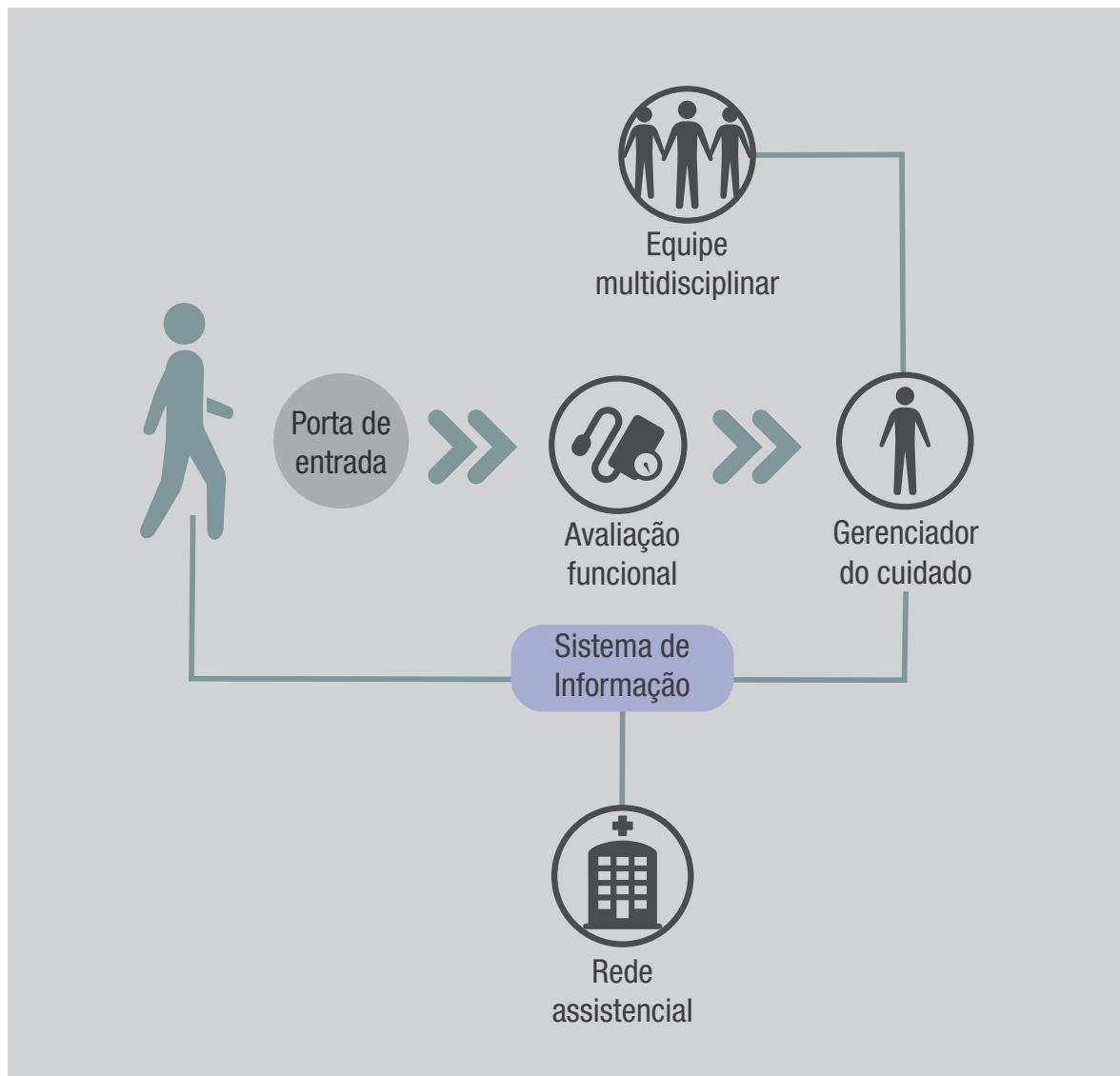
Chegar ao Nível 1 implica saber de sua existência, o novo usuário do modelo é convidado a ter todos os esclarecimentos com um profissional de saúde. Contudo, a oferta para adesão ao modelo pode acontecer durante uma consulta ambulatorial, na emergência ou durante uma internação, o profissional de saúde responsável pelo acolhimento vai onde o usuário está sendo atendido, como forma de captação e ampliação da cobertura de participantes na nova proposta assistencial.

O primeiro atendimento deve ser realizado por um profissional de saúde que irá explicar a linha do cuidado e suas várias instâncias de atendimento, estabelecendo uma relação de confiança entre o usuário, sua família e o modelo de cuidado proposto. Esse profissional fará uma ampla exposição das ações propostas, enfatizando, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção de doenças, além de todos os percursos assistenciais da rede de atenção, permitindo ao usuário uma compreensão abrangente do modelo. Deve-se detalhar de modo claro e didático aos usuários os vários procedimentos que serão realizados, diferencial que acreditamos ser benéfico e que visa melhorar a qualidade de vida e de saúde dos idosos, do mesmo modo que a participação do idoso deve ser incentivada, porque faz parte deste modelo de atenção à saúde.

Por onde começar?

A ideia aqui é orientar como e por onde se iniciar a implantação desse modelo proposto.

Figura 2 – O Principal no Modelo Hierarquizado



Fonte: elaboração própria.

Alguns aspectos são fundamentais e são descritos com maior detalhe a seguir:

1) Sistema de Informação

O ideal para um sistema de saúde organizado e resolutivo é que se tenha um Registro Eletrônico de Saúde - RES, que é um repositório eletrônico de informações a respeito da saúde de pessoas usuárias do sistema de saúde. Idealmente esse repositório precisa ter padrões mínimos para que seja acessível em qualquer lugar do sistema, inclusive pelo próprio paciente. Sinaliza-se que na concepção e implementação do RES devem estar contemplados requisitos de sigilo e privacidade de dados pessoais dos pacientes, com níveis de acesso diferenciados conforme a natureza da informação disponibilizada, em acordo à legislação federal em vigor sobre o tema.

Como a discussão de um RES nacional ainda está ganhando corpo e sua implementação demandará tempo e recursos, e a organização do cuidado ao idoso não pode esperar, optamos por uma solução temporária, mais simples, mas que tem funcionado em outros campos da saúde. A utilização de dados mínimos que possam ser portáveis pelos próprios indivíduos, que resgatem e guardem o mínimo de sua história clínica e que facilitem o andamento do percurso assistencial, diminuindo a repetição de exames já feitos e fazendo com que o próximo passo no seu cuidado seja feito de forma mais rápida e organizada.

Conjunto mínimo de dados da atenção à saúde – CMD é o conjunto mínimo de dados, essencial e homogêneo, que possibilite a avaliação da saúde da população, sendo uma instância anterior a da construção de um RES. É a tradução do conceito de MDH- *Minimum Dataset Healthcare*, incorporado nos EUA e na Europa nas décadas de 70 e 80.

A partir desse conceito, optamos por formular uma Proposta de Dados Mínimos para o Cuidado ao Idoso, apresentada no Anexo II deste livro. Essa proposta se originou a partir da Caderneta da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde e está sendo adaptada para esse Projeto.

O ideal é que essas informações possam circular em meio digital. Mas se isso não for possível, até mesmo o papel é um instrumento importante para fazer essas informações circularem.

A organização e a portabilidade da informação a partir do próprio usuário são fundamentais para a mudança de resultado assistencial e para o comprometimento com o uso dos recursos do sistema de modo mais racional por pacientes e profissionais de saúde.

Os países que têm seu sistema de saúde mais desenvolvido já contam com RES na sua configuração.

Ações simples como o Cartão da Gestante ou a Carteira de Vacinação são exemplos nacionais de como essa portabilidade de informação é importante.

2) Avaliação Funcional

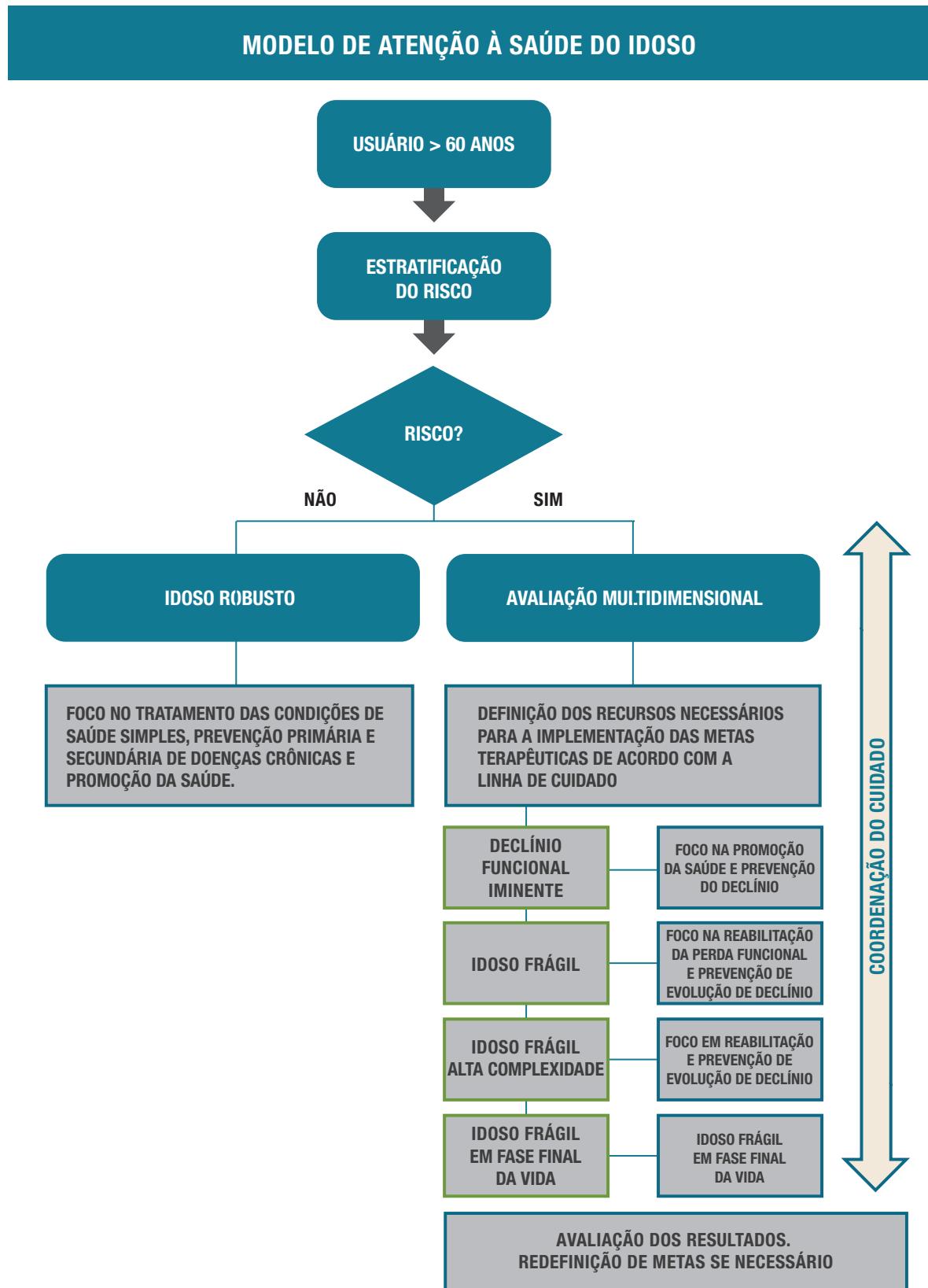
A avaliação funcional é definidora da estratificação e da alocação correta do paciente idoso em sua linha de cuidado, além de ser preditora de seu comportamento assistencial.

A literatura da área do envelhecimento disponibiliza uma série de instrumentos de avaliação para rastreamento de risco e organização da porta de entrada do sistema de saúde. Merecem ser citados como instrumentos factíveis de utilização na saúde suplementar, o Questionário de Probabilidade de Internação Hospitalar, desenvolvido por Boult et. al.^{7,8} e o Prisma 7 para rastreamento de declínio funcional^{9,10}. Ambos com a possibilidade de aplicação do questionário pelo telefone para uma população de idosos. O VES-13, também de risco de perda funcional¹¹. Essa etapa do processo identifica o indivíduo de risco para posterior encaminhamento para avaliação funcional.

Uma das ações mais importantes dentro do modelo de cuidado ao idoso é sem dúvida a avaliação funcional. Ela deve ser realizada logo ao iniciar o paciente na rede e repetida regularmente ou quando for necessária dentro das etapas do cuidado.

Existem vários instrumentos para realização dessa avaliação funcional. A escala de Katz e o índice de Bathel, que avaliam as atividades de vida diária e a escala de Lawton para as atividades instrumentais de vida diária, são exemplos de instrumentos universalmente utilizados. Protocolos de avaliação multidimensional também são disponíveis para este fim, por exemplo, o *Older Americans Resource and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire – OARS; Functional Assessment Measurement – MIF ou FIM* e o Sistema de Medida de Autonomia Funcional – SMAF. Todos esses protocolos já traduzidos e validados no Brasil^{12,13}.

Figura 3 – Modelo de Decisão no Cuidado à Saúde do Idoso



Fonte: Elaborado por ASAP com base nos conceitos de Modelo de Atenção ao Idoso de Moraes (2012).

3) O Gerenciador do Cuidado

É de extrema importância para o modelo proposto o gerenciador do cuidado. É esse profissional, geralmente um enfermeiro, que vai guiar os passos e orientar o paciente e sua família dentro do modelo.

Dentro da mesma lógica do “*navigator*” americano, criado para orientar os pacientes com câncer a circular dentro da rede de cuidados e seguir os protocolos, assim é a figura do gerenciador do cuidado para o idoso^{14, 15, 16}.

Além de checar se as prescrições e orientações estão sendo cumpridas, ele organiza o caminhar do paciente dentro da rede assistencial de cuidados, por isso tem um papel central dentro dessa proposta.

O que é o *Navigator* do Paciente?

De acordo com a Associação Médica Americana, o “navegador” do paciente é uma profissional de saúde responsável pelo gerenciamento pessoal do cuidado do usuário à medida que o mesmo se move pelas diferentes estruturas e níveis de complexidade do sistema de saúde.

4) Equipe Multidisciplinar

Para além da sabida importância de uma equipe multidisciplinar para o cuidado ao idoso, dois temas precisam ser destacados para o sucesso do modelo proposto: a capacitação desses profissionais para as especificidades relativas ao envelhecimento e a formação desses profissionais nas universidades.

5) Protocolos e Diretrizes

A protocolização é um dos fatores primordiais para redução de danos e de desperdícios. Como no caso dos idosos tanto a redução de danos como a redução dos desperdícios em saúde são essenciais, fica configurada a importância de sua correta utilização para uma boa prática em saúde.

Outro tema que merece destaque é a necessidade de se criar um ambiente tão favorável ao cuidado, que a hospitalização e as idas não necessárias à emergência e ao hospital possam ser ao máximo evitadas.

Além disso, cabe lembrar também, que outras formas de cuidar, e que precisam ser mais desenvolvidas e estimuladas no Brasil, percorrem todo o cuidado ao idoso, desde o nível ambulatorial até hospitalar: cuidados paliativos, atenção domiciliar e reabilitação.

Referências do Capítulo

¹ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2012. Plano de Cuidado Para Idosos na Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS. 62p.

²Veras, Renato Peixoto, Célia Pereira Caldas, Hesio de Albuquerque Cordeiro. 2013. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 23, no. 4.

³Veras, Renato Peixoto, Célia Pereira Caldas, Denizar Vianna Araújo, Rosana Kuschnir, Walter Mendes. 2008. *Demographic characteristics of elderly people provided with supplementary health care*. Revista de Saúde Pública 42, no. 3: 497-502.

⁴Veras, RP. 2011. A necessária gestão qualificada na área da saúde: decorrência da ampliação do segmento etário dos idosos. *J Bras Econ Saude* 3, no. 3: 31-9.

⁵Veras, Renato Peixoto, Célia Pereira Caldas, Hesio de Albuquerque Cordeiro, Luciana Branco da Motta, Kenio Costa de Lima. 2013. Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 16, no. 2: 385-392.

⁶Contel, Juan Carlos, Blanca Muntané, e Lourdes Camp. 2012. *La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada*. *Atención Primaria* 44, no. 2: 107-113.

⁷Boult, Chad, Bryan Dowd, David McCaffrey, et al. 1993. *Screening elders for risk of hospital admission*. *Journal of the American Geriatrics Society* 41, no. 8: 811-817.

⁸Estrella, Kylza, Claudia EF Oliveira, Anne A Sant'Anna, Célia Pereira Caldas. 2009. Detecção do risco para internação hospitalar em população idosa: um estudo a partir da porta de entrada no sistema de saúde suplementar. *Cad Saúde Pública* 25, no. 3: 507-12.

⁹Hébert, Réjean, Anne Veil, Michel Raîche, et al. 2008. *Evaluation of the implementation of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Québec*. *Journal of integrated care* 16, no. 6: 4-14.

¹⁰Hébert, Réjean, Michel Raîche, Marie-France Dubois, et al. 2010. *Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): A quasi-experimental study*. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 65, no. 1: 107-118.

¹¹Min, Lillian C, Marc N Elliott, Neil S Wenger, Debra Saliba. 2006. *Higher vulnerable elders' survey scores predict death and functional decline in vulnerable older people*. *Journal of the American Geriatrics Society* 54, no. 3: 507-511.

¹²Beaton, Kate, Claire McEvoy, Karen Grimmer. 2015. *Identifying indicators of early functional decline in community dwelling older people: A review*. *Geriatrics & gerontology international* 15, no. 2: 133-140.

¹³Beaton, Kate, and Karen Grimmer. 2013. *Tools that assess functional decline: systematic literature review update*. *Clin Interv Aging* 8, no. 485: e94.

¹⁴Hopkins, Janice, and Matthew P Mumber. 2009. *Patient navigation through the cancer care continuum: An overview*. *Journal of Oncology Practice* 5, no. 4: 150-152.

¹⁵Braun, Kathryn L, Marjorie Kagawa-Singer, Alan EC Holden, et al. 2012. *Cancer patient navigator tasks across the cancer care continuum*. *Journal of health care for the poor and underserved* 23, no. 1: 398.

¹⁶Wagner, Edward H, Evette J Ludman, Erin J Aiello Bowles, et al. 2014. *Nurse navigators in early cancer care: a randomized, controlled trial*. *Journal of Clinical Oncology* 32, no. 1: 12-18.

CAPÍTULO 4

"O fenômeno do envelhecimento populacional já deveria estar acompanhado de uma maior vigilância, disponibilidade e especificidades nos serviços de atendimento ao idoso. A gestão das Unidades de Emergência com ações desenvolvidas para o atendimento ao idoso pode reduzir esses riscos de iatrogenia, modificar o fenômeno da superlotação e contribuir para a redistribuição das demandas..."

O PAPEL DAS EMERGÊNCIAS DENTRO DO MODELO DE CUIDADO AO IDOSO PROPOSTO

As alterações do perfil populacional associadas à ampliação das condições de risco ao desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas têm gerado um aumento expressivo na demanda de idosos nos serviços de saúde, entre eles os atendimentos de emergência¹.

O modelo assistencial com foco nas doenças agudas, com atenção fragmentada sem articulação entre ambulatório e hospital, sem a integração da rede e com carência de cuidado nos primeiros níveis de atenção, colabora para a emergência do hospital se tornar a porta de entrada do idoso no sistema, ocasionando sobrecarga de usuários nos níveis de maior complexidade².

A alta demanda dos serviços de emergência e superlotação desses serviços já tem sido reconhecida mundialmente como um sintoma de falha do sistema de cuidados de saúde.

Alguns estudos realizados recentemente no Brasil revelaram que em torno de 17,4% dos pacientes assistidos em uma unidade pública de emergência tinham idade superior a 65 anos³. Outra investigação brasileira mostrou um predomínio de pacientes adultos e idosos, com idade média de 59,4 anos, entre aqueles readmitidos em um serviço hospitalar de emergência⁴.

Dados da Troca de Informação de Saúde Suplementar (TISS), referente à indicadores do cuidado hospitalar do idoso no segundo semestre de 2015, mostram que 12,3% dos idosos cobertos por planos privados de saúde são responsáveis por 13,6% dos atendimentos em Emergências da Saúde Suplementar.

Tabela 1 - Frequência de idosos com cobertura de plano privado de saúde na emergência hospitalar da Saúde Suplementar – Brasil, 2^a semestre de 2015

Faixa Etária	Volume de Beneficiários na Emergência	Frequência de Beneficiários na Emergência	Cobertura de plano privado de saúde
0 – 59 anos	8.420.950	86,40	87,70
60 a 69 anos	627.634	6,44	6,58
70 a 79 anos	401.414	4,12	3,58
80 anos e mais	296.464	3,04	2,13
Total	9.746.462	100,00	100,00

Fonte: Dados do TISS, agosto a dezembro de 2015.

Quanto à gravidade de saúde dos pacientes na admissão em unidade de emergência, uma pesquisa apontou que 14% dos idosos foram classificados com baixo risco, 79% com risco intermediário, 5% como alto risco e 1,8% com necessidade de atendimento imediato⁵. Os problemas de saúde que levam essa população, muitas delas pela inexistência de outras estruturas ou modelos de cuidado que possam suprir a necessidade desse tipo de atendimento, a procurar os serviços de emergência estão associados, em sua maioria, a condições crônicas agudizadas, principalmente as que envolvem o aparelho cardiovascular¹.

“Estima-se que 42% de todas as visitas ao atendimento de emergência dos hospitais são para tratar condições não emergenciais”

Instituto de Saúde Pública da Nova Inglaterra (2010)

Estima-se que 42% de todas as visitas ao atendimento de emergência dos hospitais são para tratar condições não emergenciais⁶. Segundo o Instituto de Saúde Pública da Nova Inglaterra (2010), o excesso de uso do pronto-socorro “é responsável por até US\$ 38 bilhões desperdiçados nos EUA todos os anos”. Segundo o Instituto, as passagens evitáveis pelo pronto-socorro “podem representar até 56% de todas as visitas”⁷.

As consequências dessa superlotação são os atrasos no diagnóstico e no tratamento, aumento do risco de erros médicos, diminuição da qualidade dos cuidados e uma experiência ruim do paciente.

O uso indiscriminado da emergência também é impulsionado por atendimentos insatisfatórios, dificuldade de acesso aos serviços e por uma cultura hospitalocêntrica, com valorização do hospital como espaço principal para a assistência.

O aculturamento do usuário pode colaborar na organização dos fluxos assistenciais dentro do ambiente hospitalar. Esse aculturamento e o correto direcionamento do usuário podem ser feitos através de uma comunicação mais efetiva, que traga informações sobre a porta de entrada, a importância da fidelização ao médico com perfil generalista e os riscos que o idoso sofre ao recorrer ao serviço de emergência em algumas situações.

O fenômeno do envelhecimento populacional já deveria estar acompanhado de uma maior vigilância, disponibilidade e especificidade nos serviços de atendimento ao idoso⁵. A gestão das Unidades de Emergência com ações desenvolvidas para o atendimento ao idoso pode reduzir esses riscos de iatrogenia, modificar o fenômeno da superlotação e contribuir para a redistribuição das demandas por meio de:

- realização de modificações na ambiência hospitalar com organização do fluxo na recepção para atendimento priorizado do paciente idoso na Emergência⁸;
- adoção do modelo de intervenção, fundamentado na organização do serviço em três ambientes (entrada, dentro e saída), baseado na classificação de risco (clínico e cirúrgico)⁸;
- agilização no atendimento do Idoso na Recepção e na Sala de Triagem de Enfermagem (Acolhimento Preferencial);
- estratificação de Risco realizada na admissão com foco no atendimento preferencial ao Idoso frágil (idade, patologia prevalente e presença ou não de alteração clínica), para identificação de indivíduos que mais irão se beneficiar da atenção geriátrica;
- abordagem multidisciplinar e trabalho integrado de equipes podem agilizar e melhorar o atendimento;
- pacote de negociação diferenciada para o atendimento do idoso. Criação de incentivos financeiros;
- emergência estendida com profissionais com atuação na atenção geriátrica;
- repouso diferenciado para evitar iatrogenias, com ambiente físico estruturado para evitar efeitos secundários (desorientação espaço-temporal, infecções, quedas, etc.)⁹;
- uso da emergência como ponto focal no projeto de redesenho de modelo, pois devido à grande procura ela pode servir de local onde se faça o direcionamento ativo para o encaminhamento correto desse paciente dentro do modelo proposto.

Os Protocolos em Emergência estão entre essas ferramentas que a gestão do serviço deve utilizar para melhorar o cuidado do idoso. Na literatura, pesquisadores argumentam que a ampla adoção das melhores práticas clínicas poderia reduzir o desperdício de recursos no setor¹⁰.

As ineficiências na prestação de serviços estão associadas, em parte, à falta de diretrizes assistenciais bem estabelecidas e/ou a não adoção dessas diretrizes pelos estabelecimentos de saúde.

As diretrizes clínicas são essenciais na construção do projeto terapêutico e direcionam a boa prática, devendo estar baseadas na melhor evidência disponível e adequadas a cada situação clínica, além de estarem voltadas para a qualidade da assistência ao idoso no serviço terciário.

Protocolos para minimizar efeitos adversos de medicações, procedimentos (ex: cateterismo, sedativos, hipnóticos, sondagens) e protocolos para prevenção de quedas e delirium ajudam a combater a cascata da iatrogênio¹¹ no ambiente hospitalar.

Os protocolos clínicos, que são mais específicos, devem ser direcionados para os sinais, sintomas e diagnósticos mais comuns em idosos na emergência como AVC, Câncer, Diabetes, Fraturas, HAS, Cardiopatia, Infecções Pulmonares, Neuropatologias e Infecções do Trato Urinário.

Estudos controlados concluíram que a adoção de protocolos clínicos pode, de fato, alterar a conduta médica e tende a reduzir a realização de exames e diagnósticos desnecessários ou redundantes e aumentar a prescrição

de medicamentos e tratamentos mais custo-efetivo. A adoção de diretrizes está associada à redução significativa do custo médio do procedimento/tratamento avaliado.

O redesenho do modelo passa por várias instâncias de cuidado anteriores ao hospital, mas ele deve abranger algumas estratégias para redirecionar o usuário da emergência para o ambulatório.

Os idosos que entram na emergência devido a complicações por doenças possíveis de controle na atenção básica e suas agudizações devem ter o atendimento ambulatorial com brevidade, a fim de evitar uma eventual próxima descompensação. Tendo em vista o reconhecimento do perfil clínico de internação por idosos no cenário da emergência, foi possível perceber uma variedade de informações, descrições e conceitos que serão relevantes para medidas estratégicas na atenção primária e secundária em amplo aspecto de especificidades do cuidado ao idoso.

A identificação dos idosos que procuram o serviço de emergência por uma equipe de gerenciamento do cuidado pode agilizar e direcionar o atendimento ambulatorial dos pacientes e a consulta breve como encaixe, em alguns dos serviços oferecidos. Essa redistribuição para outros serviços pode ser mais bem executada e priorizada quando os pacientes já tiverem os riscos estratificados.

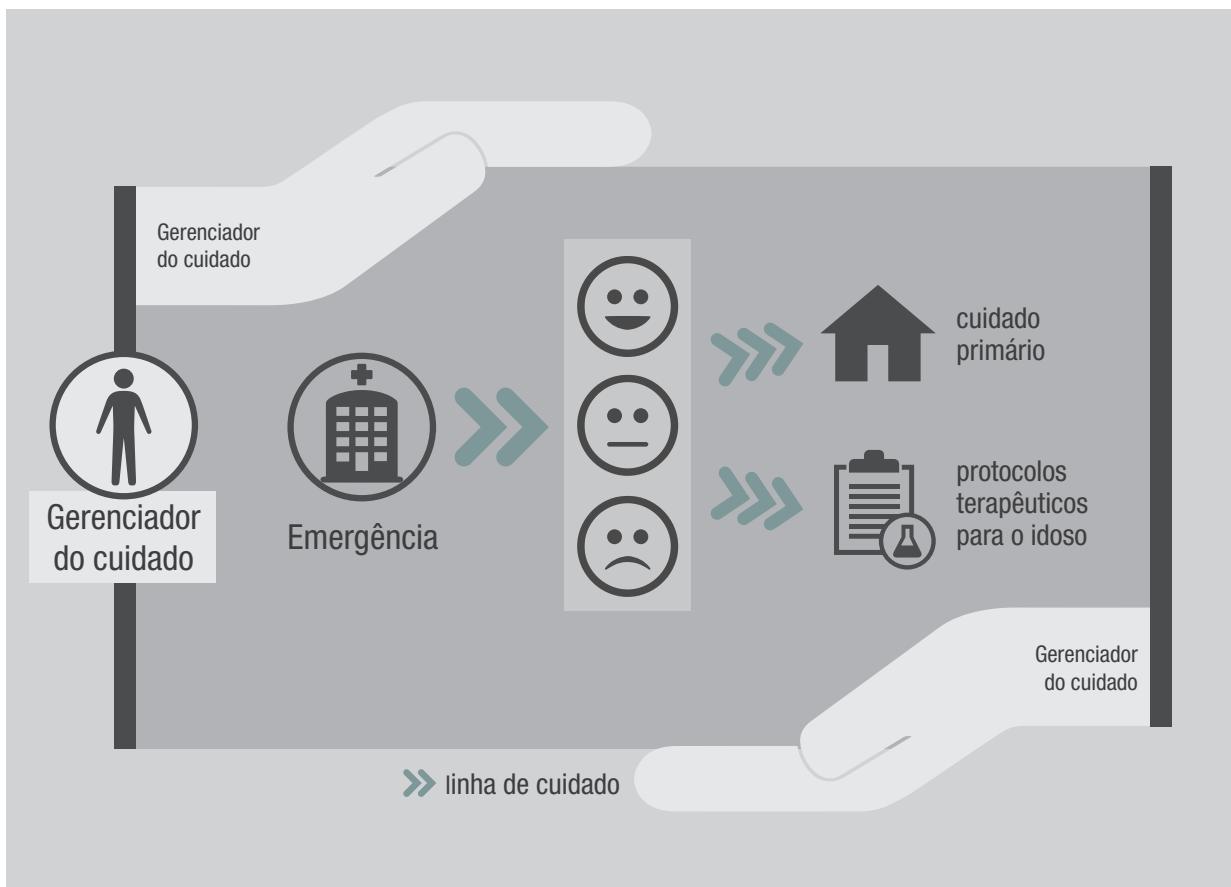
O direcionamento para programas de prevenção e promoção da saúde, desenhados com foco em populações alvo-específicas e com o conceito da interdisciplinaridade, também contribuem para organização e coordenação do cuidado. A socialização do idoso e a educação em saúde do paciente e do cuidador pode ser estabelecida também nessa proposta.

As reformas no setor de Saúde realizadas no mundo inteiro nas últimas décadas são estratégias de desospitalização, ou seja, estratégias de construção substitutivas para a produção de saúde. Isso não significa enfraquecer ou relativizar o papel e a função do hospital na rede de cuidados, senão redefinir sua posição na rede, garantindo que seus recursos estratégicos, escassos e de maior custo sejam utilizados de forma mais adequada e otimizada².

Considerando o exposto, existe a necessidade de, há semelhança do que foi feito em outros países, repensarmos o serviço de emergência hospitalar para fazer face à afluência de idosos a este serviço e assim diminuir os riscos e desperdícios do setor.

A proposta do modelo é que o redesenho da atenção primária, com acesso oportuno e paciente fidelizado a ela, consiga organizar esse fluxo. Até que isso se dê de forma plena, é necessário utilizar a emergência como um “parceiro” ativo nessa ação, contribuindo na análise de risco da população idosa e direcionando para a porta de entrada correta do cuidado.

Figura 1 – Modelo de Gerenciamento do Cuidado a partir da Emergência



Fonte: elaboração própria.

Referências do Capítulo

- ¹Biscaro Valera, Rangel, e Ruth Natalia Teresa Turrini. 2008. *Factores relacionados a la readmisión de pacientes en el servicio hospitalario de emergencia*. Ciencia y enfermería 14, no. 2: 87-95.
- ² Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. 2011. Atenção Hospitalar. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Caderno Humaniza SUS; v. 3. 268 p.
- ³Carret, Maria Laura Vidal, Ana Claudia Gastal Fassa, Vera Maria Vieira Paniz, e Patrícia Carret Soares. 2011. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. Ciência Saúde Coletiva 16, no. Suppl 1: 1069-79.
- ⁴Serbim, Andreivna Kharenine, Ana Valéria Furquim Gonçalves, e Lisiane Manganelli Girardi Paskulin. 2013. Caracterização sociodemográfica, de saúde e apoio social de idosos usuários de um serviço de emergência. Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. Vol. 34, no. 1 (2013), p. 55-63.
- ⁵Veras, Renato Peixoto, Célia Pereira Caldas, Denizar Viana Araújo, e Rosana Kuschniere Walter Mendes. 2008. A assistência suplementar de saúde e seus projetos de cuidado para com o idoso. Cienc Saude Coletiva 13, no. 4: 1119-26.

⁶Massachusetts Division of Health Care Finance and Policy. *Price variation in Massachusetts health care services*. 2011. Disponível em: <http://www.chiamass.gov/> Acesso em: 16 maio de 2013.

⁷Lehnert, Thomas, Dirk Heider, Hanna Leicht, et al. 2011. *Review: health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions*. Medical Care Research and Review 68, no. 4: 387-420.

⁸Trzeciak, Stephen, and EP Rivers. 2003. *Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat to patient safety and public health*. Emergency medicine journal 20, no. 5: 402-405.

⁹Kulstad, Erik B, Rishi Sikka, Rolla T Sweis, Ken M Kelley, and Kathleen H Rzechula. 2010. *ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors*. The American journal of emergency medicine 28, no. 3: 304-309.

¹⁰Jules Delaune and Wendy Everett. 2008. *Waste and Inefficiency in the U.S. Health Care System Clinical Care: A Comprehensive Analysis in Support of System-Wide Improvements*. New England Healthcare Institute.

¹¹Liu, Shan, Leslie Milne, Brian Yun, and Kathleen Walsh. 2015. *The boarding experience from the patient perspective: the wait*. Emergency Medicine Journal: emermed-2014-204107.

CAPÍTULO 5

"A equipe hospitalar é capacitada para o efetivo diagnóstico e acompanhamento dos episódios agudos e dos procedimentos necessários para a intervenção. Contudo, a capacitação voltada para os cuidados específicos do idoso é frequentemente insuficiente, fazendo com que elementos essenciais para o manejo do idoso internado não sejam considerados no plano terapêutico durante a internação."

O CUIDADO DO IDOSO NO HOSPITAL

O lugar do hospital nos sistemas de saúde tem sido amplamente debatido nas últimas décadas. Procura-se migrar do modelo hospitalocêntrico para a adoção de redes de atenção à saúde que incorporem a prática da linha de cuidado específica para populações distintas. Nessa proposta, em que a rede de atenção assume o plano terapêutico do indivíduo, a assistência à saúde desempenha o exercício de uma prática sistêmica, com a disposição de elementos do todo coordenados entre si, modalizando, portanto, um sistema de saúde e não simplesmente a resolução de intercorrências e problemas de saúde que necessitem de resposta. Nesse processo, a autoridade hospitalar é revista adotando-se o hospital como um dos elementos da rede, com lugar específico, mas de igual importância em relação aos demais componentes e atores da linha de cuidado.

No caso do idoso, essa mudança de paradigma no sistema de saúde é de extrema necessidade, uma vez que a internação hospitalar, quando necessária, traz complicações per si para a saúde desta população. É amplamente reportada a ocorrência da iatrogenia hospitalar na internação do idoso, em especial para os indivíduos mais frágeis. O declínio funcional (descrito como perda da capacidade física ou cognitiva para a realização das tarefas de vida diária) está entre as principais complicações na internação dos idosos, sendo que 34 a 50% dos idosos hospitalizados sofrem perdas funcionais¹. Diversos aspectos na hospitalização comprometem o indivíduo idoso sendo que, por estar acamado, já se encontra em perda de massa muscular exponencial a cada dia. Ainda, o uso rotineiro de medicações psicoativas e o aparato de procedimentos médicos invasivos são um exemplo de uma trilha usual na internação, que causam uma taxa de complicações iatrogênicas 3 a 5 vezes maior para o idoso, quando comparado a uma população adulta jovem². O quadro de perda funcional está associado ao aumento de tempo de permanência hospitalar e mortalidade, maior necessidade de programas de reabilitação e atenção domiciliar e, consequentemente, maior utilização e custo com serviços de saúde³.

Neste contexto, o objetivo deste capítulo é estimular o debate acerca do cuidado ao idoso em hospitais gerais, na circunstância da necessidade de internação decorrente de um evento clínico ou cirúrgico. A intenção é apresentar modelos de cuidado no hospital para o idoso, dentro do espectro de experiências bem sucedidas, seus impasses e limites, com o objetivo de contribuir para a qualidade da assistência ao idoso no serviço

terciário. Entende-se que protocolos da medicina interna já estão amplamente debatidos e não cabe aqui a revisão do uso destes.

Adota-se a premissa que o hospital é parte de uma rede de atenção, inserido, portanto, em uma coordenação de serviços, dentro de uma lógica de referência e contra-referência já discutidas em capítulos anteriores. Assim como, assume-se também que, um dos pilares da atenção à saúde do idoso diz respeito à manutenção e reabilitação da sua capacidade funcional e, portanto, exercício de sua autonomia, essencial a qualidade de ir e vir em sua própria vida.

O Idoso no Hospital

O hospital é um ambiente de risco para o idoso e, sobretudo, para os mais idosos. As internações hospitalares para esse segmento etário têm como causa mais frequente aquelas referentes ao aparelho circulatório e respiratório, gerando, via de regra, longos e custosos períodos de internamento. A equipe hospitalar é capacitada para o efetivo diagnóstico e acompanhamento dos episódios agudos e procedimentos necessários para a intervenção. Contudo, a capacitação voltada para os cuidados específicos para o idoso é frequentemente insuficiente, fazendo com que elementos essenciais para o manejo do idoso internado não sejam considerados no plano terapêutico durante a internação.

"Estudos têm demonstrado que 83% dos idosos hospitalizados estão acamados em comparação com apenas 4% que estão autorizados a caminhar ou ficar de pé"

Instituto de Saúde Pública da Nova Inglaterra (2010)

Estudos têm demonstrado que medidas de avaliação da capacidade funcional são importantes preditores para o prognóstico e desfecho de internação para o idoso. Enumerando alguns fatores de risco para a perda funcional no episódio da internação, pode-se citar: idade avançada, perda funcional existente anterior à hospitalização, presença de demência ou delirium, comorbidades, desnutrição e depressão. Ainda, para os idosos frágeis, que já estão em avançado estágio de diminuição de reserva funcional e fisiológica, os efeitos adversos da hospitalização são maiores. Esse conjunto de características são preditoras de prolongado tempo de permanência hospitalar, maiores complicações durante a internação e mortalidade.

O próprio processo de envelhecimento - apesar de ser um processo natural - submete o organismo a diversas alterações anatômicas e funcionais, com repercussões nas condições de saúde e nutrição de qualquer idoso^{4,5}. Há redução na ingestão de alimentos, da atividade física e mudanças na composição corporal (principalmente o declínio da massa muscular)⁶. Por conta dessas mudanças, todo idoso, mesmo aqueles que se encontram mais independentes, necessitam de uma atenção maior no que diz respeito à alimentação, para a promoção de um envelhecimento ativo⁷. Essas mudanças estruturais e funcionais são ainda agravadas pela presença de comorbidades e tratamentos médicos, representando, assim, fatores de risco importantes para alteração do estado nutricional durante uma hospitalização ou regime domiciliar^{7,8}.

A população idosa é a principal responsável pelos altos índices de desnutrição hospitalar ainda hoje verificados no Brasil. Um estudo recente realizado no Brasil por Borghi e cols. mostrou que os idosos apresentaram percentual de desnutrição/sob 2,8 vezes maior quando comparados aos adultos durante a internação hospitalar⁸. Portanto, os idosos possuem maior vulnerabilidade à desnutrição nesses cenários, independente do diagnóstico inicial, o que ainda pode propiciar um ciclo vicioso. Esse dado nos evidencia que se trata de uma população que necessita de um suporte nutricional adequado.

A este cenário de risco soma-se o modelo atual de cuidado no hospital, enquanto fator de risco de alto impacto para a deterioração funcional⁹. Vale ressaltar que o ambiente hospitalar produz um estado de desorientação no idoso, uma vez que o indivíduo fica privado de elementos que organizam a orientação do tempo (calendários, relógio, iluminação natural, etc.), estado naturalmente amplificado por estar fora do seu espaço familiar. A imobilidade caracterizada no leito está associada com desfecho funcional pós-hospitalização, sendo um importante preditor de declínio funcional. Estudos têm demonstrado que 83% dos idosos hospitalizados estão acamados em comparação com apenas 4% que estão autorizados a caminhar ou ficar de pé^{10,11}. A força muscular e capacidade aeróbica diminuem rapidamente como resultado da imobilidade. Após apenas 10 dias um idoso saudável pode perder 12-14% de sua *V02max* e força muscular nas extremidades¹².

Os modelos mais recentes de atenção do cuidado ao idoso no ambiente hospitalar têm como denominador comum o objetivo de intervir para a manutenção da capacidade funcional e propõe a intervenção de equipes capacitadas em geriatria e gerontologia para o cuidado.

Capacidade funcional: envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais uma exceção do que a regra. É por esse motivo que se utiliza um novo indicador de saúde, a **capacidade funcional**. Um idoso com o mesmo diagnóstico clínico pode ter a capacidade funcional absolutamente distinta do outro. Com efeito, a heterogeneidade entre os indivíduos idosos é marcante e progressiva ao longo do processo de envelhecimento. Assim, a fronteira entre os conceitos de saúde, doenças, dependência e incapacidades deve estar bem definida. Dessa forma, a saúde pode ser definida como uma medida da capacidade de realização de aspirações e da satisfação das necessidades e não simplesmente como a ausência de doenças.

Modelos de Cuidado ao Idoso no Hospital

Segue uma exposição dos modelos mais desenvolvidos e analisados na atenção hospitalar para o idoso. Vale citar que todos já foram alvo de estudos clínicos randomizados. Esses programas reforçam a integração e continuidade do cuidado e, além do tratamento da condição primária que causou a internação, têm por objetivo a manutenção da capacidade funcional do idoso.

Os diversos modelos de cuidado adotam a identificação precoce dos idosos frágeis por entenderem a necessidade de processos de triagem de identificação de indivíduos que mais irão se beneficiar da atenção geriátrica. Assim como fazem uso de instrumentos de avaliação funcional, com o emprego de instrumentos validados para este fim¹, para avaliação e planejamento da assistência. Preconiza-se o trabalho integrado de equipes multidisciplinares e a realização de modificações na ambência hospitalar. Também é comum o manejo da alta hospitalar, entendido como a necessidade de planejamento do hospital para casa, enquanto um processo de transição de cuidado.

A avaliação geriátrica ampla (AGA) tem sido utilizada para avaliar e identificar necessidades complexas do idoso frágil no hospital. A AGA é definida como um processo diagnóstico multidimensional, usualmente multidisciplinar, voltado para identificar problemas médicos, psicossociais e capacidade funcional. Conforme já definido em capítulos anteriores, essa avaliação tem como objetivo desenvolver um plano terapêutico e acompanhamento de longo prazo¹³.

As intervenções de programas de avaliação e acompanhamento geriátrico no ambiente hospitalar surgiram na prática na década de 90. Vale destacar a unidade de avaliação e acompanhamento geriátrico e o serviço

¹Exemplos de instrumentos de uso comum são o Mini Exame do Estado Mental, Escala de Depressão Geriátrica, Escala para Avaliação da atividade de vida Diária e Instrumental de Vida Diária, Testes para Avaliação de Marcha.

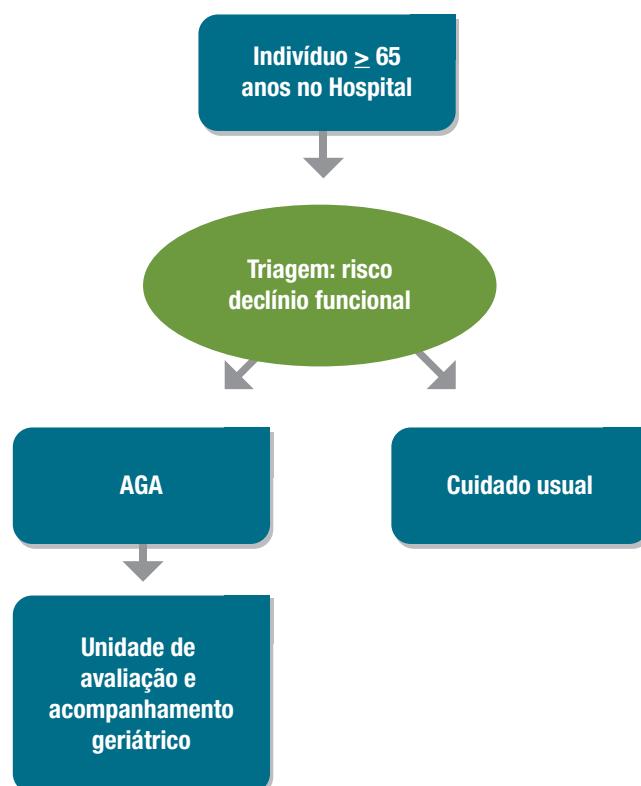
de consulta geriátrica hospitalar². Por fim, o modelo denominado *Hospital Elder Life Program* (HELP), será apresentado com maior detalhamento, em função da universalidade com que vem sendo adotado.

Unidade de Avaliação e Acompanhamento Geriátrico

Este modelo propõe o estabelecimento de uma unidade especializada em avaliação e acompanhamento geriátrico no hospital, em hospitais gerais para atendimento a casos agudos e focados em cuidados de transição e reabilitação, este último ainda incomum no Brasil. A presença dessas unidades não revela um desenho homogêneo na literatura, havendo uma variação ampla de modelos de unidade geriátrica, assim como do uso de diferentes protocolos de AGA.

A referência para a unidade é feita por equipe médica hospitalar ou pela assistência primária, podendo ainda ser procurada pela própria família e pelo usuário ou pelo serviço de acompanhamento domiciliar. Adota-se como critério de inclusão indivíduos com qualquer diagnóstico (clínico, funcional ou psicossocial) que comprometa a realização das atividades de vida diária. Para critério de exclusão é referenciado indivíduos com idade inferior a 65 anos, casos de demência severa, indivíduos previamente avaliados e com máximo de capacidade funcional estabelecida ou pacientes terminais, com expectativa de vida inferior a 6 meses¹⁴. A recomendação é que todos os idosos devem passar por um processo de triagem para verificação da necessidade ou não de internação na unidade geriátrica ou permanência em cuidado usual no hospital. Uma vez na unidade geriátrica, realiza-se a avaliação ampla para prosseguir com diagnóstico, tratamento e reabilitação. O Fluxograma 1 apresenta esse processo.

Figura 1: Fluxograma do processo de inclusão na unidade de atenção geriátrica¹⁴



Fonte: elaboração própria

²Traduzido do inglês: Geriatric Evaluation and Management Unit (Unidade de avaliação e acompanhamento geriátrico) e Inpatient Geriatric Consultation Service (Serviço de consulta geriátrica hospitalar).

A equipe é formada, de modo geral, por geriatra, enfermeira gerontóloga e assistente social, sendo essa equipe responsável por todos os aspectos do tratamento e cuidado do paciente. Adota-se a revisão constante de procedimentos médicos (cauterização, medicações com risco de interação e efeitos adversos, etc.) e de cada caso em reuniões de equipe multidisciplinar. O acompanhamento é integrado com especialistas e farmacêuticos do hospital para oferecer acompanhamento conjunto, se necessário. A equipe realiza um planejamento para a transição de cuidado (do hospital para casa), muito embora não esteja necessariamente envolvida com a assistência neste período.

O tempo de permanência na unidade é estimado entre 2-14 dias, tendo sido considerado que de 5 a 10% de idosos acima de 65 anos necessitam desta assistência especializada¹⁴.

Serviço de Consulta Geriátrica Hospitalar

Neste modelo, uma equipe multidisciplinar com capacitação na área do envelhecimento realiza a avaliação e acompanhamento de idosos frágeis que responderam ao critério de inclusão. Todo indivíduo idoso deve ser triado para avaliação da consulta geriátrica ou manutenção no cuidado usual. Critérios de inclusão são semelhantes ao da unidade geriátrica e a exclusão é definida para indivíduos com idade inferior a 65 anos e com avaliação geriátrica recente. Estima-se que 10 a 35% dos idosos hospitalizados devem receber a intervenção deste serviço.

A avaliação geriátrica é realizada por um membro ou mais da equipe com o objetivo de identificar condições médicas, funcionais e psicossociais que demandam intervenção. O acompanhamento médico é realizado em menor escala e não há a atribuição do caso do indivíduo para o médico. Esse serviço atua gerando parecer e recomendações.

O processo de referência para a solicitação de parecer provém da equipe médica do hospital, da atenção primária ou, ainda, da família. A equipe, semelhante à unidade geriátrica, também é usualmente composta por médico(a), enfermeira(o) e assistente social.

O limite dessa intervenção advém, sobretudo, desse serviço atuar como um setor consultivo, recomendando orientações para o cuidado no hospital. Muito embora as recomendações possam ser incorporadas, não se assegura a extensão e a qualidade com que a intervenção foi adotada para cada caso¹⁵.

Ambos os modelos de unidade geriátrica e serviço de consulta possuem elementos em comum no que diz respeito à avaliação, ao acompanhamento e à intervenção. No tocante ao acompanhamento propriamente dito, a unidade geriátrica hospitalar é responsável por todo o cuidado do indivíduo no hospital e, portanto, sua intervenção é de intensidade muito além da consulta geriátrica hospitalar. O Quadro 1 sumariza características do planejamento terapêutico e recomendações em ambos os modelos.

Quadro 1: Elementos Essenciais para o Cuidado do Idoso no Hospital

Característica	Descrição
Ambiente hospitalar	Barras de segurança, deslocamento de mobília desnecessária, relógios grandes, calendários, iluminação natural, elevação de assento sanitário
Cuidado centrado no paciente	Avaliação diária pela enfermagem de perda funcional e psicossocial; Protocolos destinados ao incentivo do autocuidado, continência, nutrição, mobilidade, sono, cuidados com a pele;
Revisão médica diária	Discussão multidisciplinar com participação do(a) médico(a), enfermagem, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta. Demais especialistas quando necessário;
Planejamento de alta hospitalar	Estimular exercício, mobilização precoce.
	Revisão diária do uso de medicamentos pelo(a) médico(a) assistente;
	Protocolos para minimizar efeitos adversos de medicações e procedimentos (ex:cateterismo, sedativos, hipnóticos).
	Abordagem precoce junto à família e paciente para o retorno a residência;
	Avaliação para o planejamento do cuidado na alta hospitalar pela enfermagem;
	Envolvimento da assistente social e enfermagem no planejamento da alta;
	Avaliação da necessidade de atenção domiciliar.

Fonte: Landefeld, 1995¹⁶; Martinez-Vilella et. al., 2015¹⁷.

Em estudo de meta-análise que analisa ensaios clínicos randomizados foi demonstrado evidência a favor desses modelos de atenção ao idoso no hospital, com diferença significativa para a manutenção da capacidade funcional e institucionalização após um ano, quando comparados a pacientes acompanhados em cuidado usual¹⁸. Apesar de estimulantes resultados para a manutenção da qualidade de vida do idoso oriundo desses modelos, verifica-se alguns limites para a implantação. No serviço de consulta geriátrica há uma limitação para o acompanhamento das recomendações estabelecidas, uma vez que a implementação depende de equipes não capacitadas para a atenção especializada. Por outro lado, as unidades de avaliação e acompanhamento geriátricos, ainda que possuam a qualificação necessária para a adoção de condutas geriátricas, são de maior custo e dificuldade para serem estabelecidas, inibindo, assim, sua expansão¹⁹.

Hospital Elder Life Program (HELP)

O programa HELP difere dos demais por apresentar um modelo que adota o acompanhamento integral do paciente idoso em todo hospital, não estando restrito a uma única unidade hospitalar e por incorpora o uso de processos e intervenções com evidência já estabelecida²⁰. Muito embora tenha sido desenhado com o objetivo de atuar em pacientes com risco de *delirium* no hospital, foi desenvolvido para intervir em todo espectro de problemas geriátricos e complicações iatrogênicas. Os objetivos do programa HELP são: manutenção da capacidade funcional e cognitiva durante a internação; maximizar a independência na ocasião da alta hospitalar; realizar o planejamento de transição de cuidado do hospital para a casa e prevenir re-internações evitáveis.

Critérios de inclusão e exclusão do HELP diferem dos modelos já apresentados e são mais definidos. Todos os idosos hospitalizados acima de 70 anos de idade devem ser triados para risco de perda funcional durante a hospitalização. O Quadro 2 enumera esses critérios.

Quadro 2: Critérios de inclusão e exclusão no programa HELP

Critérios de inclusão:
Idade maior ou igual a 70 anos
Presença de um fator de risco para declínio cognitivo e funcional, a saber:
Perda cognitiva com resultado do MEEM menor ou igual a 24 (24/30)
Perda de mobilidade ou qualquer atividade básica da vida diária
Desidratação
Perda visual: teste visual com cartão de Jaeger com resultado <20/70
Perda auditiva: < 3/6 sussurros em cada ouvido na aplicação do teste do sussurro
Capaz de comunicação verbal ou escrita.
Critérios de exclusão:
Coma, ventilação mecânica, afasia, condição terminal
Condição psicótica que não permita ao paciente participar da intervenção; demência severa
Condições de isolamento (controle de infecção)
Alta prevista para 48 horas da admissão hospitalar
Recusa paciente, familiar ou médico que acompanha

Fonte: Inouye, 2000^{3,21}

Casos positivos para risco são avaliados e têm seu cuidado e tratamento de acordo com o protocolo de risco identificado. Os principais protocolos para prevenção e cuidado ao risco envolvem: cuidado com o sono, ingestão oral de líquidos e alimentação, prática de atividades terapêuticas, mobilização precoce e adaptação para dificuldades visuais e auditivas. O Quadro 3 apresenta sucintamente os protocolos e responsáveis pela intervenção proposta. Vale ressaltar que o *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), instituição inglesa reconhecida, entre outras qualidades e atributos, pela produção de protocolos e *guidelines* com base em evidência, tem protocolos alinhados com o programa e atua na colaboração da expansão dos mesmos²².

³ Cartão Jaeger: Teste do Sussurro

Quadro 3: Intervenções do Hospital Elder Life Program

Intervenção	Responsável	Descrição
Equipe e orientação	Equipe do programa, voluntários	Placa de orientação com nome dos profissionais de saúde acompanhando o paciente e horários de visitas. Organização da rotina e comunicação.
Atividades terapêuticas	Equipe do programa, voluntários	Atividades de estimulação cognitiva três vezes/dia (ex: debate sobre eventos atuais, jogos de palavras).
Mobilização precoce	Equipe de programa, voluntários	Deambular ou realizar variedade de exercícios ativos três vezes/dia; minimizar uso de equipamentos que causam restrição, i.e., sonda vesical, contenção).
Protocolo para visão	Equipe de programa, voluntários	Recurso visual (óculos ou lente de aumento), equipamentos adequados (telefone com teclado aumentado e iluminado; livros com letras aumentadas), c/ estímulo diário ao uso.
Protocolo para audição	Equipe de programa, voluntários	Equipamento portátil de amplificação, uso de técnicas específicas para comunicação, limpeza de cera do ouvido. Estímulo diário do uso de equipamentos facilitadores.
Hidratação oral/ ajuda para alimentação	Equipe de programa, voluntários	Ajuda para ingestão oral de líquidos e alimentação. Estímulo nas refeições.
Higiene do sono	Equipe de programa, voluntários	Protocolo não medicamentoso para o sono: próximo a hora de dormir, leite ou chá quente; áudio de relaxamento ou música; massagem. Evitar barulho na unidade (ex: evitar avisos sonoros, rever medicação noturna).
Avaliação e acompanhamento de enfermeira (com capacitação em gerontologia)	Enfermeiras capacitadas	Avaliação e acompanhamento de enfermeira para declínio cognitivo, desidratação, nutrição, uso de medicação psicoativa, planejamento de alta hospitalar
Reunião clínica intertidisciplinar	Geriatras, enfermeiras, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêutico, especialistas	Reunião clínica duas vezes por semana para revisão de metas terapêuticas dos casos. Recomendações são realizadas e acompanhadas.
Acompanhamento da alta hospitalar	Equipe do programa, enfermeira	Organização da referência na atenção primária. Monitoramento telefônico até 7 dias após a alta.
Acompanhamento atenção primária	Rede primária	Agendamento consulta no pós alta com generalista, geriatra ou especialista, se indicado pelo clínico.

Fonte: Adaptação de Inouye, 2000¹⁹.

O acompanhamento e as intervenções são realizados por equipe própria do HELP, que envolve enfermagem especializada em envelhecimento, equipe médica geriátrica, coordenação médica e grupo de voluntários. Cada membro da equipe tem função específica e a participação de reuniões multidisciplinares é mandatória. Ainda, há um acompanhamento constante para verificação de adesão e qualidade do cuidado estabelecido. As intervenções são padronizadas para cada elemento de risco, identificado na primeira avaliação ou subsequente, todavia, individualização na abordagem de cada paciente também é analisada.

O programa HELP tem sido amplamente utilizado em hospitais nos Estados Unidos e em alguns países europeus. Em primeira instância, a divulgação dessa metodologia foi realizada pela dedicação de membros da equipe HELP. Desde 2011 a divulgação e acesso a protocolos de capacitação do programa são realizados também em plataforma *web*, que inclui acesso a manuais e aulas em vídeo para profissionais de saúde, cuidadores e familiares (HELP - <http://www.hospitalelderlifeprogram.org>).

Estudos têm sido realizados para levantamento de resultados da intervenção do HELP. Há evidência de que o programa HELP é efetivo na prevenção de delírio, declínio funcional e cognitivo, quedas durante a hospitalização²¹ e redução de tempo de permanência hospitalar^{19,20,22}. Soma-se a esses resultados o custo/efetividade do programa, reduzindo gastos hospitalares em U\$1165-U\$1453, por indivíduo, por hospitalização^{22,23}.

Transição do Cuidado: planejamento de alta hospitalar

Há um hiato significativo na alta hospitalar do idoso. A internação é um episódio dramático, quando o indivíduo, sob cuidados de alta complexidade, comumente deixa o hospital com perdas funcionais. Sabe-se que para o sistema de saúde o custo hospitalar é o numerador de maior impacto na avaliação de gastos com saúde. Ainda assim, pacientes são comumente desospitalizados com informação e orientação fragmentada para seu cuidado e reabilitação. A atenção do hospital e equipe de saúde hospitalar são focadas na internação, de maneira que o programa de continuidade de cuidado na alta hospitalar recebe um planejamento nebuloso.

Esse vácuo na transição de cuidado do hospital para casa pode conduzir a efeitos adversos (para paciente, família e sistema de saúde) decorrentes da solução de continuidade no manejo do paciente. Allen²⁴ documentou que um entre cinco pacientes sofrem efeitos adversos na transição para casa e que aproximadamente 62% destes poderiam ser evitados.

A ausência de comunicação entre os processos e as hierarquias do sistema de saúde parece ser um dos aspectos para a produção de eventos desfavoráveis e re-internações desnecessárias. A atenção primária e domiciliar comumente relata não receber informações adequadas sobre o período de internação. Igualmente, usuários idosos e familiares narram, em pesquisa de grupo focal, como sendo a transferência de informação sobre a internação um dos pontos críticos para o hiato na alta hospitalar. Além disso, essa pesquisa reporta como domínios centrais temas que dizem respeito, sobretudo, ao preparo do paciente e da família para o manejo do cuidado, aspecto que percorre o esclarecimento de dúvidas e o empoderamento para o cuidado²⁵. Para gerar mudanças nessa realidade, a transição de cuidado é um modelo que propõe intervenções desenhadas para assegurar coordenação e continuidade do cuidado do paciente que está vivenciando a transferência de tratamento e cuidado entre instituições ou diferentes níveis de uma mesma instituição. A intenção é promover segurança e adequação para esse momento de mudança. A transição de cuidado não é definida por um marco de começo e fim, mas por atividades que se iniciam no hospital e têm continuidade de cuidado após a alta, na próxima instância assistencial. O cuidado de transição é parte de um modelo integrado de atenção à saúde²⁴. Coleman²⁶ aponta para alguns elementos essenciais para assegurar qualidade no cuidado de transição: a comunicação entre os diferentes profissionais de saúde acerca da avaliação na alta hospitalar e do Plano de Cuidados; a preparação do paciente, da família e do cuidador para a transição de cuidado; a revisão e conciliação do uso das medicações; a definição de um Plano de Cuidados para continuidade e capacitação do usuário para o autocuidado. Soma-se a esses aspectos, a adoção da prática centrada no paciente e individualizada. Vale ressaltar que há evidência de redução na reinternação e no tempo de permanência hospitalar, uma vez estabelecido a intervenção de transição de cuidado no hospital²⁷.

Muito embora idosos sejam, de modo geral, indicados para o cuidado de transição, Naylor²⁷ sugeriu como critério de inclusão para pacientes:

Quadro 4: Critérios de inclusão de idosos no Cuidado de transição

Critérios de inclusão:
Idade maior ou igual 65 anos
Diagnósticos de internação: insuficiência cardíaca, infarto, cirurgia cardíaca, infecção respiratória.
Procedimentos do trato intestinal
Procedimentos ortopédicos
Critérios de risco:
Maior ou igual a 80 anos
Comorbidade (avaliada pela escala de Charlson)
Incapacidade funcional moderada a severa
História de depressão
Relato de hospitalização nos últimos 6 meses
Saúde auto-referida como regular ou ruim
Relato de não-adherência a regime terapêutico

Fonte: Naylor, 1999²⁷

Estrutura para o cuidado de transição

O exame da literatura para a transição do cuidado sugere a construção dessa intervenção em processos paralelos e complementares. Em linhas gerais, um seguimento abrange a revisão da rotina hospitalar, uma vez que propõe a instituição um modelo de cuidado voltado para a avaliação e planejamento da alta hospitalar. Junto a este preconiza-se a capacitação do paciente, da família e do cuidador para a alta hospitalar, já a partir do primeiro dia de internação. Ou seja, há uma metodologia específica para a capacitação do manejo do cuidado do idoso no pós-alta. Recomenda-se um modelo interdisciplinar composto dos componentes: (1) um livro para o registro pessoal de saúde do paciente⁴, que contenha aspectos essenciais do cuidado; (2) atividades destinadas ao paciente que elucidem os componentes do trabalho interdisciplinar; (3) enfermeira(o) voltada para a sensibilização do paciente e familiares para os aspectos de treinamento de autocuidado do paciente e entendimento dos dois primeiros itens; (4) enfermeira(o) que realize o acompanhamento no pós-alta, com monitoramento telefônico e visita domiciliar.

Não há uniformidade na composição de profissionais envolvidos na formação da equipe voltada para o cuidado de transição, todavia, a presença de enfermeira(o) sênior, designada para a orientação do cuidado do idoso, parece ser um denominador comum em diversos estudos de intervenção^{26,27}. Esse profissional irá conduzir a capacitação do idoso e dos familiares ao longo da internação, assim como sua atuação está também voltada para a integração da assistência no período que se segue a alta hospitalar.

Conforme exposto anteriormente, um aspecto da rotina hospitalar que merece ser debatido, diz respeito ao cuidado com a comunicação e informação acerca da internação. Esse é um elemento pilar para que se estabeleça a elucidação (ou conflito, na ausência de informação) para o manejo do paciente. É essencial que seja instituído um processo específico, que assegure a informação adequada entre as diferentes hierarquias da assistência, por ocasião da alta hospitalar. Fica aqui explícita a necessidade de uma interface de troca de informação, no padrão da inclusão de relatórios de alta em prontuário eletrônico, com acesso da rede de atenção (como padrão ouro). Na falta dessa, o uso de relatórios impressos (que podem ser encaminhados eletronicamente), que reportem o sumário de alta, com descrição de intercorrências de maior relevância, resultados de exames principais, medicações de alta e sugestões para a continuidade do cuidado, são elementos fundamentais. O acesso a essa informação é um aspecto que assegura a qualidade da assistência para a transição de cuidado²⁸.

4

Registro Pessoal de Saúde (Personal Health Record, PHR) (Universidade do Colorado).

Para a abordagem do paciente e da família, a intervenção do cuidado de transição tem foco em quatro pilares, a saber²⁵:

1. Manejo da medicação: o paciente tem conhecimento sobre as medicações em uso e tem um sistema organizador para tal.
2. Registro pessoal da saúde: o paciente entende e utiliza seus dados de saúde para facilitar a comunicação e assegurar a continuidade de cuidado na assistência à saúde no pós-alta hospitalar.
3. Acompanhamento pós-alta: agendamento de consulta na atenção primária ou no especialista. O paciente organiza e agenda a visita médica com médico generalista ou especialista, conforme recomendado. É encorajado a ser ativo e participante nas consultas.
4. Sinais de alarme: o paciente é esclarecido acerca de sinais e sintomas que podem indicar piora do seu quadro clínico.

Os quatro pilares são operacionalizados com o uso do registro pessoal da saúde e o acompanhamento de enfermeira(o) do cuidado de transição. O registro pessoal de saúde é um livro com anotações que facilitam a troca interdisciplinar dos diversos atores envolvidos no cuidado do paciente. O registro deve incluir a história de saúde do paciente, as medicações e alergias, uma lista de sinais de mudança de quadro clínico, uma lista de atividades que devem ser iniciadas antes da alta hospitalar (por exemplo, instruções para o agendamento de consultas). O registro das anotações é realizado pelo paciente ou pela enfermeira(o) do cuidado de transição. É um instrumento de educação para o autocuidado do paciente.

A enfermeira(o) do cuidado de transição é uma facilitadora do trabalho interdisciplinar no processo de transição, incentivando idoso e família a manter uma atitude proativa no Plano de Cuidados. A equipe de saúde do hospital, em suas atividades interdisciplinares, é mantida. A enfermeira(o), neste modelo, está voltada para o trabalho com idoso e familiar, de modo a assegurar que os objetivos do tratamento estão entendidos, as dúvidas estão sendo sanadas e o Plano de Cuidados sendo seguido.

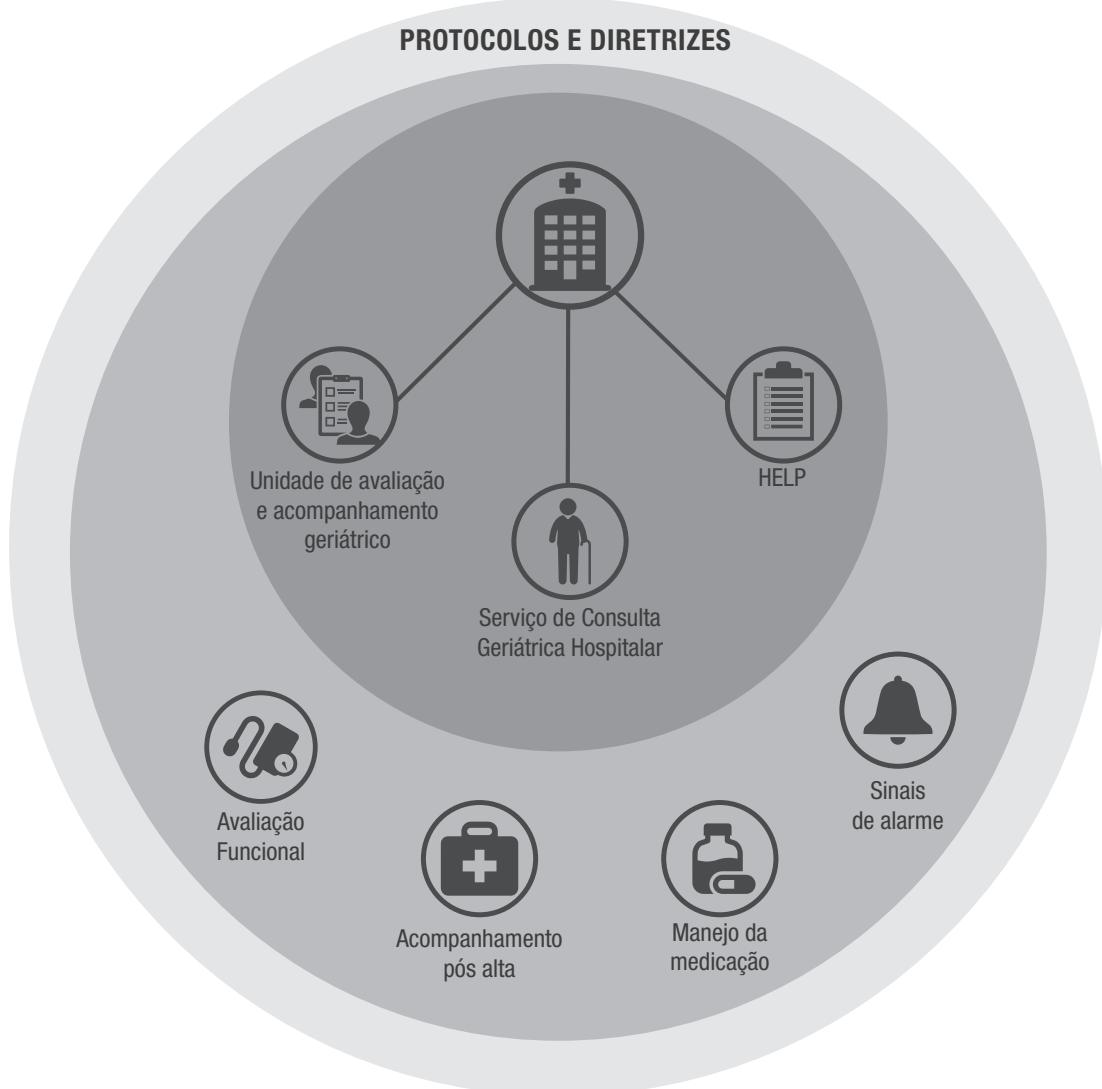
A intervenção para o cuidado de transição é iniciada pela enfermeira(o) a partir da avaliação do censo hospitalar, para definição de pacientes com critério de inclusão para avaliação. Esse acompanhamento é realizado a cada dois dias durante o tempo de permanência hospitalar. O contato inicial é realizado pela enfermeira(o) no hospital e seguido em visita domiciliar, 24-48 horas após a alta. Monitoramento telefônico para acompanhamento também é preconizado, nos dias 2, 7 e 14 após a alta hospitalar. Todas essas intervenções seguem a mesma orientação destinada ao paciente e à família para apropriação do seu manejo após a internação, seguindo o princípio dos quatro pilares. O Quadro 5 apresenta uma breve descrição da intervenção em cada etapa.

Quadro 5: Pilares das atividades de transição de cuidado por estágio de intervenção

Pilar	Manejo da Medicação	Registro pessoal da saúde	Acompanhamento	Sinais de alarme
Objetivo	Paciente/família compreende a prescrição e tem um sistema para armazenamento para as medicações.	Paciente/família entende e utiliza o Registro pessoal de saúde para facilitar comunicação e continuidade do cuidado.	Paciente/família agenda consulta no acompanhamento com médico de atenção primária ou especialista. É estimulado a ter uma atitude participativa nas consultas.	Paciente/família desenvolve conhecimento sobre sinais de instabilidade clínica e como proceder nesta ocasião.
Visita hospitalar	Enfermeira(o) orienta sobre a importância da compreensão das medicações e como armazená-las.	Enfermeira(o) explica e apresenta o Registro pessoal de saúde.	Enfermeira(o) recomenda médico de atenção primária ou especialista para acompanhamento.	Enfermeira(o) esclarece sintomas e possíveis interações medicamentosas.
Visita domiciliar	Enfermeira reconcilia medicações em uso prévio à internação com as medicações do pós-alta.	Enfermeira(o) revisa e atualiza o Registro. Estimula o paciente a conversar com médico de atenção primária ou especialista sobre as informações de saúde.	Enfermeira(o) enfatiza importância do acompanhamento com médico de atenção primária ou especialista e necessidade de atualização acerca da hospitalização recente. Estimula o desenvolvimento de perguntas para o médico(a).	Enfermeira avalia condição clínica e conversa sobre sintomas. Esclarece sobre possíveis efeitos dos medicamentos.
Monitoramento telefônico	Enfermeira responde dúvidas remanescentes acerca das medicações	Enfermeira(o) recomenda o paciente de dividir suas anotações com médico de atenção primária ou especialista. Verifica realização da consulta de acompanhamento médico, pendências e dúvidas.	Enfermeira(o) intervém para o agendamento de consulta médica, se necessário.	Enfermeira(o) esclarece sobre a necessidade de buscar atendimento médico. Valoriza o atendimento primário.

Fonte: adaptado de Parry (2008)²⁵.

Figura 2 – Modelo do Cuidado Hospitalar do Idoso e os Pilares da Intervenção de Transição



Fonte: elaboração própria

Referências do Capítulo

- ¹Hirsch, Calvin H, Lucia Sommers, Anna Olsen, Lisa Mullen, and Carol Hutner Winograd. 1990. *The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients*. Journal of the American Geriatrics Society 38, no. 12: 1296-1303.
- ²Gillick, Muriel R, Nancy A Serrell, and Laurence S Gillick. 1982. *Adverse consequences of hospitalization in the elderly*. Social science & medicine 16, no. 10: 1033-1038.
- ³Narain, Prakash, Laurence Z Rubenstein, G Darryl Wieland, et al. 1988. *Predictors of Immediate and 6 - Month Outcomes in Hospitalized Elderly Patients*. Journal of the American Geriatrics Society 36, no. 9: 775-783.
- ⁴Campos, Maria Teresa Fialho de Sousa, Josefina Bressan Resende Monteiro, and Ana Paula Rodrigues de Castro Ornelas. 2000. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. Rev. Nutr 13, no. 3: 157-165.

⁵Assumpção, Daniela de, Semíramis Martins Álvares Domene, Regina Mara Fisberg, and Marilisa Berti de Azevedo Barros. 2014. Qualidade da dieta e fatores associados entre idosos: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. saúde pública* 30, no. 8: 1680-1694.

⁶Celano RMG, Loss SH, Negrão RHN. 2011. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral, Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Sociedade Brasileira de Clínica Médica, Associação Brasileira de Nutrologia. Terapia Nutricional para Pacientes na Senescência - Geriatria. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes 2011.

⁷WHO. World Health Organization. 2015. *Active ageing: A policy framework*. Madrid: WHO.

⁸Borghi R, Meale MMS, Gouveia MAP et al. 2013. Perfil nutricional de pacientes internados no Brasil: análise de 19.222 pacientes (Estudo BRAINS). *Rev Bras Nutr Clin.* 28:255-63.

⁹Brown, Cynthia J, Rebecca J Friedkin, and Sharon K Inouye. 2004. *Prevalence and outcomes of low mobility in hospitalized older patients*. *Journal of the American Geriatrics Society* 52, no. 8: 1263-1270.

¹⁰Covinsky, Kenneth E, Robert M Palmer, Richard H Fortinsky, et al. 2003. *Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age*. *Journal of the American Geriatrics Society* 51, no. 4: 451-458.

¹¹ Brown, Cynthia J, David T Redden, Kellie L Flood, and Richard M Allman. 2009. *The under recognized epidemic of low mobility during hospitalization of older adults*. *Journal of the American Geriatrics Society* 57, no. 9: 1660-1665.

¹² Creditor, Morton C. 1993. *Hazards of hospitalization of the elderly*. *Annals of internal medicine* 118, no. 3: 219-223.

¹³ Zisberg, Anna, Efrat Shadmi, Gary Sinoff, et al. 2011. *Low mobility during hospitalization and functional decline in older adults*. *Journal of the American Geriatrics Society* 59, no. 2: 266-273.

¹⁴Pilotto, Alberto, Luigi Ferrucci, Carlo Scarcelli, et al. 2007. *Usefulness of the comprehensive geriatric assessment in older patients with upper gastrointestinal bleeding: a two-year follow-up study*. *Digestive Diseases* 25, no. 2: 124-128.

¹⁵Rubstein L.Z., Stuck A.E., Siu Al, Wieland. 1991. *Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence*. *J.Am Geriatr. Soc.* 39, 8S-16S

¹⁶Calkins, Evan, Chad Boult, Edward H Wagner, MPH Md, and James T Pacala. 2004. *New ways to care for older people: Building systems based on evidence*. Evan Calkins, Chad Boult, Edward H Wagner, MPH Md, and James T Pacala. Springer Publishing Company.

¹⁷Landefeld, C Seth, Robert M Palmer, Denise M Kresevic, Richard H Fortinsky, and Jerome Kowal. 1995. *A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients*. *New England Journal of Medicine* 332, no. 20: 1338-1344.

¹⁸Martinez-Velilla et al. 2015. *Functional and cognitive impairment prevention through early physical activity for geriatric hospitalized patients: study protocol for a randomized controlled trial*. *BMC Geriatrics*, 15-112.

¹⁹Craen, K. et al. 2010. *The Effectiveness of Inpatient Geriatric Evaluation and Management Units: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *J Am Geriatr Soc* 58, 83-92

²⁰Inouye, S.K., Bogardus, S.T., Baker, D.I., Summers, L.L., Cooney, L.M. 2000. *The Hospital Elder Life Program: A Model of Care to Prevent Cognitive and Functional Decline in Older Hospitalized Patients*. J Am Geriatric Soc, 48,1697-1706

²¹Rubin F.H., Williams, J.T. Lescisin, D.A.,et. al. 2006. *Replicating the Hospital Elder Life Program in a community hospital and demonstrating effectiveness using quality improvement methodology*. J Am Geriatric Soc,54, 969-974

²²Inouye, S.K., Brown, C.J., Tinetti, M.E. 2009. *Medicare nonpayment, hospital falls, and unintended consequences*. N Engl J Med. 360, 2390-2393

²³Jirong Yue, Tabloski, P., Dowal, S.L. Pueller, M.R., Nandan, R., Inouye, S.H. *The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) to Hospital Elder Life Program (HELP): Operationalizing Nice Guidelines to Improve Clinical Practice*. J Am Geriatric Soc 2014 62,4,754-761

²⁴Rubin, F.H., Neal, K, Fenlon, K et. al. 2011. *Sustainability and scalability of the hospital elder life program at a community hospital*. J Am Geriatric Society, 59, 359-365

²⁵Rizzo, J.A., Bogardus, S.T., Leo-Summers,L, et. al. 2001. *Multicomponent targeted interventions to prevent delirium in hospitalized older patients: What is the economic value?* Med Care. , 39.740-752

²⁶Allen, J., Hutchinson, A., Brown, R. Livingston, P. 2014. *Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review*. BMC Health Services Research, 14, 336

²⁷Parry, C., Coleman, E.A. Smith, J.D., Frank J., Kramer, A.M. 2008. *The Care Transitions Intervention: A Patient-Centered Approach to Ensuring Effective Transfers Between Sites of Geriatric Care*. Home Health Services Quarterly

²⁸Coleman, E.A. *Falling through the cracks: challenges and opportunities for improving transitional care for persons with continuous complex care needs*. 2003. J Am Geriatr Soc, 51,4,549-555

²⁹Naylor, N.D.Brooten, D., Campbell, R. et al. 1998. *Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: A randomized clinical trial*. JAMA 281,613-620

³⁰Storm, M. Siemsen, I.M.D.,et.al. 2014. *Quality in transitional care of the elderly: key challenges and relevant improvement measures*. International Journal of Integrated Care 14, 1-15

CAPÍTULO 6

"É necessário, inclusive, romper alguns paradigmas da própria formação médica, que coloca a preservação e o prolongamento da vida como um objetivo em si mesmo, o que torna difícil para que os médicos assistentes aceitem que nem todas as medidas adotadas para o prolongamento da vida são desejáveis sob o ponto de vista dos pacientes".

ESTRUTURAS DE APOIO AO CUIDADO INTEGRAL: O *CONTINUUM* DO CUIDADO

Tendo em vista a apresentação dos modelos teórico-conceituais e de operacionalização do cuidado à pessoa idosa, constata-se que a atenção à saúde do idoso não pode ser feita somente com as estruturas de cuidado que temos hoje disponíveis na saúde suplementar. As estruturas de cuidado de apoio, de transição e de continuidade como o cuidado paliativo, a atenção domiciliar e a reabilitação precisam estar presentes de forma transversal nesse cuidado, perpassando todos os níveis de atenção: desde a atenção ambulatorial até a hospitalar e pós-hospitalar.

Este capítulo tem a pretensão de iniciar esse debate e localizar esses cuidados dentro do modelo proposto. Como já demonstrado nos capítulos anteriores, a população idosa tem crescido a uma taxa muito superior a observada para os demais grupos etários. Se atualmente os brasileiros com 60 anos ou mais de idade representam aproximadamente 11% do total da população, em 2050 estima-se que esse contingente alcance o patamar de 30%. Tendo em vista a grande heterogeneidade característica do contingente idoso, uma importante questão que se coloca é a necessidade de não focar todos os esforços da atenção à saúde nos idosos hígidos, negligenciando os mais frágeis, ao empreender ações no campo da prevenção das enfermidades e postergação das incapacidades físicas e cognitivas.

Os idosos normalmente são acometidos por uma combinação de múltiplas doenças crônicas, que somadas podem gerar incapacidades e predispor esses indivíduos a uma maior vulnerabilidade. Com isso, é razoável supor que a medida que mais idosos vivem por mais tempo, maior vai ser a proporção de idosos que não terão condições de cuidar de si mesmos.

Por melhor que os cuidados em saúde sejam, o avanço da idade traz consigo inegáveis perdas no campo da saúde, especialmente as correlacionadas com episódios de demência, entre os quais o aumento do número de casos de idosos com Alzheimer se destaca. A proximidade da morte traz intrinsecamente aspectos de piora nas condições de saúde das pessoas, qualquer que seja a condição pretérita do indivíduo e o tempo despendido com a convivência desse “empobrecimento”. Em algum momento as pessoas deixam de ser “saudáveis” e é importante que isso conste das preocupações tanto pessoais e familiares quanto dos formuladores de políticas públicas.

Por muito tempo se buscou, através dos avanços tecnológicos, o prolongamento da vida. Nos dias atuais essa questão ganha novos tons na medida em que a sociedade incorpora a discussão sobre a qualidade de vida que se quer manter e o seu significado para o sistema de saúde. Um bom exemplo são as diretrizes para o enfrentamento da nova realidade emoldurada pelo envelhecimento populacional, enumeradas pelas Nações Unidas em 1991: independência, participação, cuidados, autorrealização e dignidade.

Dessa forma, ações voltadas para a atenção à saúde da pessoa idosa devem ter por objetivo controlar os sintomas e sinais adversos decorrentes das enfermidades crônicas já instaladas e não no prolongamento da vida *per se*, de forma a ajudar os indivíduos a manter suas relações interpessoais e sua dignidade pessoal. É possível prover, com recursos limitados, cuidados com saúde que assegurem excelência técnica e qualidade de vida para os idosos e suas famílias. Para tanto, é necessário, inclusive, romper alguns paradigmas da própria formação médica, que coloca a preservação e o prolongamento da vida como um objetivo em si mesmo, o que torna difícil para que os médicos assistentes aceitem que nem todas as medidas adotadas para o prolongamento da vida são desejáveis sob o ponto de vista dos pacientes. São apresentados neste capítulo alguns dos serviços correlacionados com a integralidade da atenção à saúde da pessoa idosa que, no entanto, praticamente inexistem no nosso modelo atual de cuidado, quais sejam: (1) *os cuidados paliativos*, (2) *os cuidados domiciliares* e (3) *os cuidados de longa duração*. Esses três tipos de cuidados apresentam importantes interfaces e se sobrepõem em muitas situações. As breves explanações feitas a seguir têm caráter exploratório e apenas introdutório, ressaltando-se que em muitas situações podem-se entender tanto os cuidados paliativos quanto os cuidados domiciliares como integrantes dos cuidados de longa duração, sendo que este último não se esgota nessas ações.

Cuidados Paliativos

“Todo o interesse na doença e na morte é,
em verdade, apenas uma outra expressão
do nosso interesse na vida”

Thomas Mann, 1924

O escritor *Thomas Mann* situa muito bem a complexidade da relação das pessoas com o processo do adoecimento e do morrer ao afirmar de modo simples que “*todo o interesse na doença e na morte é, em verdade, apenas uma outra expressão do nosso interesse na vida*”¹. O mistério que envolve esses fenômenos - a finitude da vida e a proximidade da morte – criou ao longo da nossa evolução como espécie e sociedade diferentes rituais, práticas e simbologias culturais e religiosas na tentativa de lidar com o processo do morrer e com todas as vicissitudes ligadas ao fim da vida. A própria ciência médica e as disciplinas ligadas a ela acompanharam esse processo evolutivo ao longo da história, estando marcadas até os dias de hoje pela dicotomia do antagonismo entre dois discursos médicos, o da clínica ou da vida e o da anatomia ou da morte². É importante lembrar que foi somente na Renascença que se institucionalizou o poder do médico sobre o corpo humano, esse mesmo corpo fadado ao adoecimento e à morte que segundo

Foucault “está diretamente mergulhado num campo político; as relações de poder (...) o investem, o marcam, o dirigem, obrigam-no a cerimônias, exigem-lhe sinais”³.

Principalmente desde a segunda metade do século XX, o acelerado avanço da ciência e das tecnologias médicas aumentou substancialmente o escopo das intervenções a serviço do prolongamento da vida humana, mesmo em pacientes que se encontram no enfrentamento de doenças que ameaçam a continuidade da vida. Para esse grupo de pacientes, práticas como esta, da medicina contemporânea, muitas vezes apenas contribuem para o prolongamento do processo do morrer.

Entretanto, um número cada vez maior de médicos e outros profissionais de saúde – além dos próprios pacientes e familiares – tem constatado que não há nenhuma racionalidade médica por trás de intervenções de prolongamento da vida invasivas e dolorosas, que não trarão benefícios à qualidade de vida do paciente, quando existem evidências claras de que o mesmo está próximo do fim da vida^{4,5,6}. Hoje esse é um dos principais desafios para a Medicina e para o campo da Saúde das Populações, em especial no Brasil, em que pessoas com doenças ameaçadoras da vida têm pouca ou nenhuma opção de serviços de saúde especializados a que recorrer tendo hospitais e emergências como serviços de referência e recebendo cuidados quase sempre inadequados, focados na tentativa extensiva de cura, insuficientes, ou desnecessários⁷.

Em resposta a essa necessidade surgiu em países como Reino Unido e Estados Unidos um campo de conhecimento e práticas denominado *Cuidados Paliativos* voltado para o cuidado de pacientes com diagnósticos de patologias graves e com prognóstico e tratamento reservados. Historicamente, o termo cuidados paliativos se confunde com o movimento dos *Hospices* modernos, tendo sido iniciado por *Cicely Saunders* em 1967, ao fundar o *St. Christopher's Hospice*, em Londres, iniciando, assim, uma longa trajetória na construção de um modelo de cuidados em saúde a pacientes terminais. Conceitualmente, pode-se definir cuidados paliativos como cuidados especializados em saúde com o objetivo de prover aos pacientes alívio dos sintomas, da dor e do *stress* provocados por uma doença grave “ameaçadora” da vida – qualquer que seja o diagnóstico, sendo o foco a melhoria da qualidade de vida tanto do paciente quanto da família⁸. Destaca-se que esse tipo de cuidado pode e deveria ser oferecido à pacientes terminais assim como também à pacientes portadores de doenças graves não-terminais. E, ao contrário da crença comum, cuidados paliativos podem ser oferecidos conjuntamente às intervenções médicas curativas.

De acordo com Kelley & Meier⁹, a concepção de cuidados paliativos envolve mais que o tratamento e alívio dos sintomas de uma doença terminal, mas principalmente medidas de alcance de qualidade de vida para os pacientes, familiares e cuidadores, tais como suporte para tomada de decisão quanto às opções de intervenções médicas ao fim da vida, aconselhamento e apoio psicológico, orientação quanto às atividades de vida diária e utilização de recursos disponíveis na comunidade (hospitais, ambulatórios, *nursing homes* e *hospices*). Essa definição coaduna-se com a proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na qual cuidados paliativos é essencialmente uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes portadores de patologias ameaçadoras da vida – sejam eles adultos, crianças ou a família destes. Em publicação recente, a OMS afirma que o cuidado paliativo é capaz de prevenir e aliviar o sofrimento de pacientes por meio da identificação precoce, da avaliação precisa e do tratamento adequado da dor e de outros problemas físicos, psicológicos e espirituais decorrentes de uma patologia grave¹⁰.

Quadro 1 – Definição e Contexto dos Cuidados Paliativos no Mundo

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais".

A cada ano, estima-se que 40 milhões de pessoas necessitem de cuidados paliativos, cerca de 78% reside em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento

Em todo o mundo, somente 14% das pessoas que precisam de cuidados paliativos o recebem de modo apropriado.

Mecanismos de regulação excessiva de medicamentos de controle da dor, como morfina e outros paliativos dificultam o acesso dos pacientes ao tratamento e alívio adequado da dor e outros sintomas.

A falta de treinamento e conhecimento dos cuidados paliativos entre os profissionais de saúde é uma das principais barreiras de ampliação do acesso à este tipo de cuidado ao final da vida.

A introdução de cuidado paliativo precoce em pacientes com doenças ameaçadoras da vida reduz internações hospitalares desnecessárias e o tratamento inapropriado de pacientes terminais pelos serviços de saúde.

Fonte: adaptado de WHO Fact Sheet no. 402. Julho de 2015¹⁰.

É importante ressaltar que hoje há um amplo debate nesse campo em torno da terminologia utilizada para referir-se aos cuidados paliativos em si e outros conceitos derivados como *supportive care*, cuidados de fim de vida e doença ameaçadora da vida. E isso em parte se deve à boa razão do crescimento e amadurecimento dos Cuidados Paliativos como um campo do conhecimento, comum à diferentes disciplinas científicas, como a medicina, a enfermagem, a psicologia e outras ciências da vida¹¹.

Cuidados de Suporte X Cuidados Paliativos X Cuidados de Fim de Vida

A distinção entre os termos Cuidados de Suporte e Cuidados Paliativos é em grande parte semântica e deve-se salientar que são utilizados de formas distintas de acordo com os serviços e autores. De acordo com a European Society of Medical Oncology temos as seguintes definições:

Cuidados de Suporte: cuidado que visa medidas de conforto e controle de sintomas, objetivando melhora da funcionalidade e suporte psicossocial dos pacientes e seus familiares em todos os estágios da doença.

Cuidado Paliativo: cuidado que visa medidas de conforto e controle de sintomas, objetivando melhora da funcionalidade e do suporte psicossocial a pacientes e seus familiares diante de doença sem possibilidade curativa.

Cuidados de Fim de Vida: cuidado paliativo próximo ao momento do óbito.

Fonte: Oxford Textbook of Palliative Medicine, 2015¹²

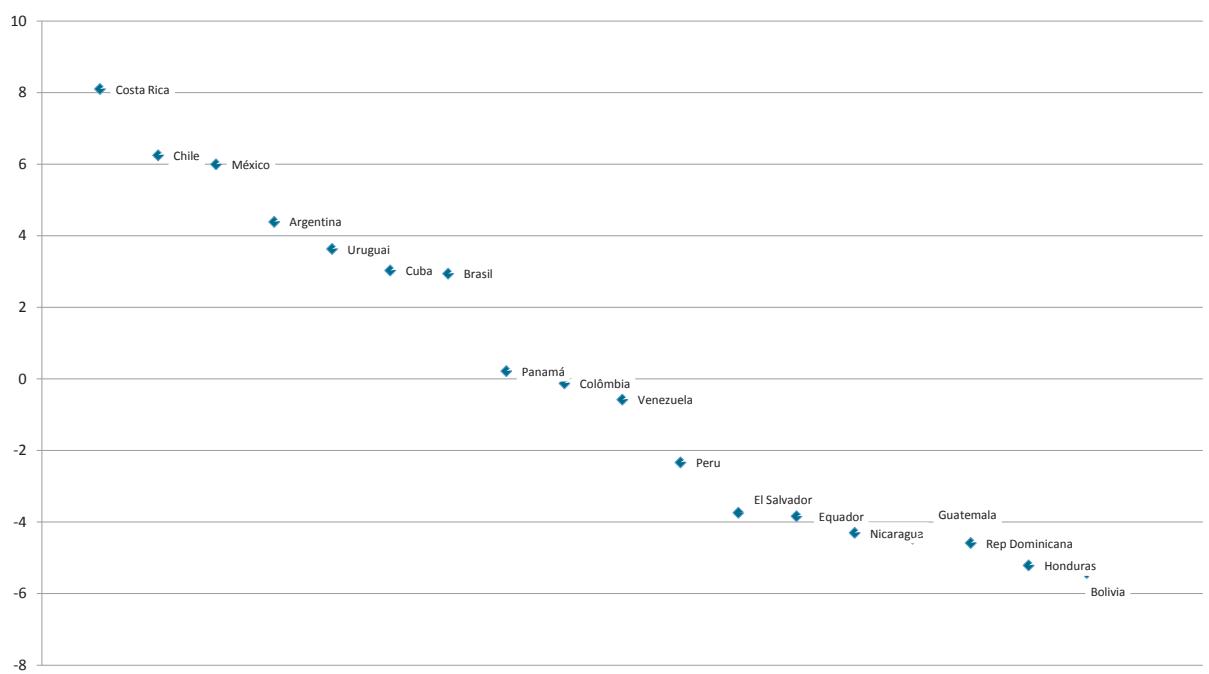
No Reino Unido, no escopo de uma política mais recente sobre cuidados paliativos, há uma inclinação para separar esse termo do morrer. Outros países como Estados Unidos e Austrália também vêm se distanciando da concepção de cuidados paliativos atrelada ao fenômeno do morrer, particularmente na abordagem voltada para pacientes idosos¹³. Esses aspectos conceituais são importantes uma vez que complexificam, mas também ampliam a noção de cuidados paliativos, possibilitando que a pesquisa e a implementação de modelos de boas práticas tanto para cuidados de fim de vida quanto para cuidados voltados às pessoas com doenças “ameaçadoras” da vida possam alcançar um número cada vez maior de idosos portadores de doenças crônicas progressivas¹⁴.

A Organização Mundial de Saúde classifica os países de acordo com o nível de desenvolvimento de Cuidados Paliativos em grupos que vão do 1, no qual não há identificação de atividades relacionadas ao cuidado paliativo, ao 4-b, que corresponde a países com serviços de cuidados paliativos integrados ao sistema de saúde. De acordo com tal classificação, o Brasil encontra-se no grupo 3-a, que se caracteriza por um desenvolvimento territorial desigual, sem um suporte efetivo, financiamento muitas vezes dependente de doações, pouca disponibilidade de opioides e número limitado de serviços de cuidados paliativos, insuficiente para atender a população.

A necessidade de mais profissionais capacitados na área, de integração dos cuidados aos pacientes com doenças avançadas e de aumento na oferta de serviços em cuidados paliativos é uma realidade.

Em análise realizada entre os países da América Latina, Tânia Pastrana e colaboradores¹⁵ formularam um Índice baseado em indicadores recomendados pela Academia Latino Americana de Cuidados Paliativos (ALCP), os quais englobam as seguintes categorias: (1) *políticas de saúde em cuidados paliativos*, (2) *educação profissional*, (3) *provisão de serviços e medicamentos*, principalmente acesso a opioides. Nesse cenário, o Brasil é classificado em sétimo lugar, em um ranking de 18 países, no grupo de países considerados como de médio desenvolvimento em cuidado paliativo, estando atrás de países como Costa Rica, Chile, México e Argentina (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Grau de desenvolvimento de Cuidados Paliativos de acordo com Índex da Associação Latino-Americana de Cuidados Paliativos (ALCP)



Fonte: extraído de Pastrana et. al., 2014¹⁵

Considerando-se que praticamente todo profissional de saúde irá se deparar, em algum momento de sua vida, com pacientes próximos à finitude, com patologias graves, sintomáticas e progressivas, e familiares enlutados, pode-se concluir que os cuidados paliativos devem fazer parte da formação de todos os profissionais. Entende-se ainda que nem todos os pacientes com doenças progressivas e ameaçadoras da vida necessitarão de acompanhamento por um especialista. Diante desse cenário, costuma-se distinguir o cuidado paliativo generalista do cuidado paliativo especializado.

O cuidado paliativo generalista é aquele promovido como parte do tratamento integral ao paciente por profissionais que não fazem parte do time especializado, enquanto o cuidado paliativo especializado é promovido por uma equipe especializada, com treinamento específico, que fazem parte de uma equipe interdisciplinar de *experts*. Os generalistas serão responsáveis por aqueles pacientes com menos complexidade no cuidado. Os especialistas em cuidados paliativos têm como função o manejo de sintomas complexos, suporte espiritual, psicossocial, cultural, ao luto e cuidado integral ao paciente e ao núcleo familiar.

Os modelos de atenção especializada em cuidados paliativos diferem pouco ao redor do mundo e uma estrutura semelhante pode ser observada: cuidados aos pacientes internados se dão em unidades de internação de cuidados paliativos ou nos *hospices*, times de especialistas promovem assistência em hospitais ou em serviços de *home-care* e crescem a cada dia serviços ambulatoriais e clínicas dia.

As unidades de internação em cuidados paliativos têm como objetivo controlar sintomas relacionados à doença ou ao tratamento e, se possível, estabilizar o *status* do paciente e fornecer a pacientes e cuidadores suporte psicossocial que possibilite a alta hospitalar. Pode ser uma unidade separada do complexo hospitalar, como no Reino Unido, ou enfermarias em hospitais gerais, como no Canadá e na Alemanha. É preconizado um ambiente calmo e acolhedor, com foco na humanização do cuidado. Destina-se àqueles pacientes cujas condições físicas, emocionais, sociais ou espirituais necessitem da abordagem de uma equipe multidisciplinar de paliativistas. Evidências sugerem que tais unidades promovem um efetivo controle de sintomas e normalmente geram alto nível de satisfação a pacientes e familiares.

Outro modelo de atenção é aquele provido por um time consultor, em que especialistas trabalham em conjunto com a equipe de saúde a fim de promover um melhor suporte de cuidados aos pacientes e familiares. Esse trabalho pode acontecer dentro do ambiente hospitalar, onde os especialistas agirão junto à equipe de saúde através de pareceres, projetos educacionais formais ou informais e assistência direta ou indireta aos pacientes internados por todo o hospital. Os resultados esperados são otimização no controle de sintomas, melhora da qualidade de vida, redução do tempo de internação hospitalar e menor utilização de procedimentos tidos como futilidades terapêuticas. Já a assistência domiciliar pode ser promovida de forma indireta, com orientações às equipes que assistem ao paciente ou diretamente através de visitas sequenciais objetivando a promoção de um cuidado integrado.

Os serviços ambulatoriais são destinados aos pacientes com capacidade de locomoção preservada. Podem estar associados a serviços de oncologia, pneumologia, neurologia, dentre outros exemplos, para atendimentos conjuntos e auxílio no controle de sintomas e transferência gradativa para o cuidado paliativo exclusivo.

Demanda por Cuidados Paliativos: a situação no mundo

Face ao aumento da morbidade populacional por doenças crônicas não-transmissíveis e por condições que requerem cuidados prolongados em saúde associado ao acelerado processo de envelhecimento populacional, estima-se que, no mundo todo, mais de 20 milhões de pessoas irão necessitar de cuidados paliativos no fim da vida, a cada ano¹⁴. A maior parte dessa população (69%) é formada por pessoas com mais de 60 anos, apenas 6% são crianças. A proporção mais elevada de adultos (78%) com necessidades de cuidados dessa natureza está em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, mas as maiores taxas são encontradas em países de maior renda, em razão do processo de envelhecimento populacional das últimas décadas. Essas pessoas, em sua maioria, são portadoras de doenças crônicas não-transmissíveis e chegam a representar em alguns países cerca de 90% da carga de cuidados paliativos no final da vida. As principais patologias que demandam serviços e políticas de atenção de cuidados paliativos são as doenças cardiovasculares, o câncer e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC), principalmente entre os pacientes idosos¹⁶. Salienta-se que as doenças cardiovasculares e as neoplasias malignas, juntas, respondem por cerca de 72% dessa demanda (Gráficos 2 e 3).

"Estima-se que, no mundo todo,
mais de 20 milhões de pessoas irão necessitar
de cuidados paliativos no fim da vida, a cada ano."

Gardineret. al., 2011

De acordo com o Relatório da Organização Mundial de Saúde, "Atlas Mundial dos Cuidados Paliativos em Fase Terminal"¹⁶, apenas 20 países no mundo têm um sistema de cuidados paliativos "adequado": Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, França, Alemanha, Hong Kong, Islândia, Irlanda, Itália, Japão, Noruega, Polônia, Romênia, Cingapura, Suécia, Suíça, Uganda, Reino Unido e EUA.

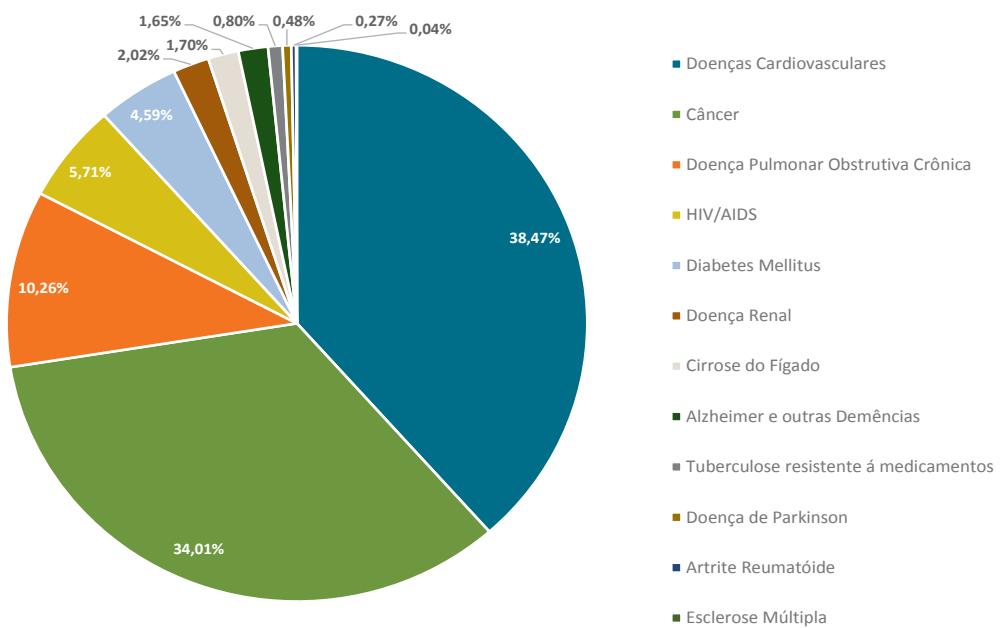
Ainda de acordo com levantamentos realizados pela OMS¹⁶, em 2014, há um conjunto de problemas de saúde que irá requerer um modelo de atenção que englobe os cuidados paliativos, como apresentado no Quadro 2. Sendo assim, constata-se que esse campo de ação do cuidado em saúde representa, ainda, um grande desafio para países de renda média como Brasil, dada a ausência de estruturas de serviços e profissionais com qualificação adequada para tal.

Quadro 2 - Patologias que requerem Cuidados Paliativos

Patologias que requerem Cuidados Paliativos	
Em Adultos	Alzheimer e outras Demências, Câncer, Doenças Cardiovasculares, Cirrose do Fígado, Doença Pulmonar Crônica Obstrutiva, Diabetes, HIV/AIDS, Insuficiência Renal Crônica, Esclerose Múltipla, Doenças de Parkinson, Artrite Reumatóide, Tuberculose Resistente (TB).
Em Crianças	Câncer, Doenças Cardiovasculares, Cirrose do Fígado, Anomalias Congênitas (exceto anormalidades cardiovasculares), Desordens Sanguíneas e do Sistema Imunológico, HIV/AIDS, Meningite, Doenças Renais, Desordens Neurológicas e Condições Neonatais.

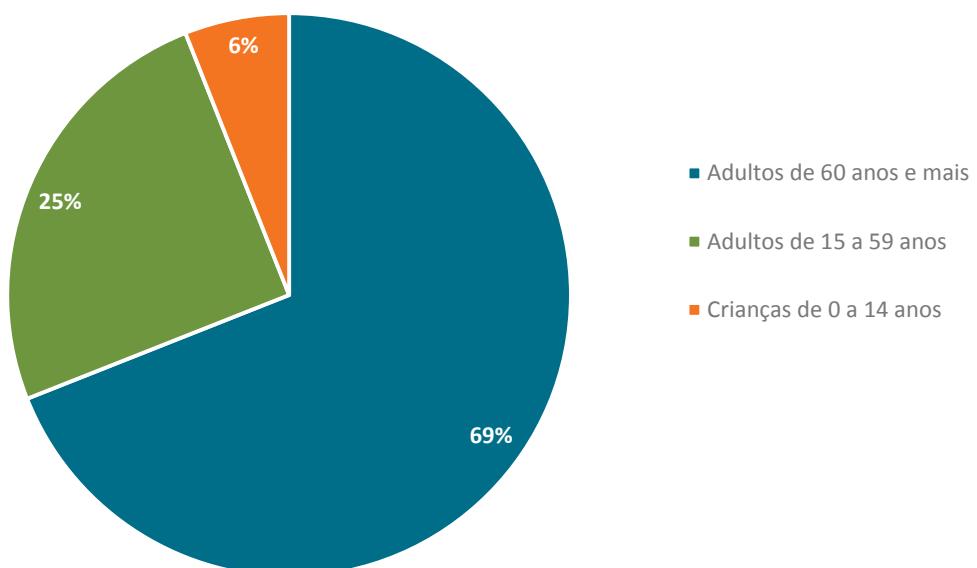
Fonte: adaptado de World Health Organization & Worldwide Palliative Care Alliance, 2014¹⁶

Gráfico 2 – Distribuição de adultos com necessidades de cuidados paliativos no fim da vida por grupos de diagnóstico da CID



Fonte: elaborado a partir de dados da World Health Organization & Worldwide Palliative Care Alliance, 2014¹⁶.

Gráfico 3 - Distribuição da população por faixa etária com necessidades de cuidados paliativos em algum ciclo da vida



Fonte: elaborado a partir de dados da World Health Organization & Worldwide Palliative Care Alliance, 2014¹⁶.

Diante desse cenário, a demanda por cuidados paliativos especializados tem crescido rapidamente, dado que a experiência e os estudos têm demonstrado que essa modalidade de cuidado é de fato eficaz na melhoria da qualidade do cuidado integral aos pacientes com doenças *ameaçadoras* da vida, tanto em termos da redução dos custos assistenciais quanto no aumento da longevidade desses paciente – sem a necessidade de utilização de intervenções invasivas¹⁷.

Estudos no Reino Unido indicam que cerca de metade dos pacientes com diagnóstico de câncer receberam algum tipo de cuidado paliativo especializado durante o curso da doença. Nos Estados Unidos, programas e serviços de cuidados paliativos estão presentes em quase 80% dos hospitais de grande porte, onde a maioria dos Americanos recebe assistência médica durante o acometimento de doenças complexas e avançadas. Contudo, embora hoje esteja amplamente disseminada a ideia dos cuidados paliativos como um modelo apropriado de cuidado para pacientes com doenças “ameaçadoras” da vida, doenças degenerativas-progressivas, câncer e também patologias não-malignas, há fortes evidências de que entre essa população existe uma grande demanda por uma abordagem mais compreensiva e integrada desse tipo de cuidado e necessidades não-atendidas de controle de sintomas, apoio psicológico e familiar, bem como orientação clara quanto à tomada de decisão referente ao tratamento e outras intervenções no fim da vida¹⁸.

O campo dos cuidados paliativos especializou-se e cresceu a partir da tradição dos *hospices*, nos quais o tratamento paliativo somente era oferecido ao paciente no fim da vida. Entretanto, já há algumas décadas, tanto nos Estados Unidos quanto em alguns países da Europa, a função dos cuidados paliativos extrapolou as fronteiras dos cuidados terminais e hoje a grande tendência é que a especialidade seja também incluída como parte de um modelo integrativo de atenção à pacientes com diagnósticos de patologias graves ainda em estágios bem iniciais, em conjunto com o protocolo de tratamento recomendado^{19,20}.

Em um importante estudo retrospectivo realizado nos Estados Unidos em 2013, a partir de uma base amostral de pacientes do Medicare com 66 anos ou mais, os resultados mostraram que nos últimos 180 dias de vida os diagnósticos mais prevalentes eram câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica ou demência – principais causas de óbito entre idosos naquele país. Um dos achados mais reveladores da pesquisa é que aumenta, a cada ano, a proporção de idosos americanos com doenças terminais que buscam suas casas ou *hospices* para viverem seus últimos dias de vida. Comparativamente aos anos de 2000, 2005 e 2009, houve um decréscimo importante nas mortes ocorridas em hospitais de agudo e, paralelamente, um aumento nos últimos 30 dias de vida do uso de unidades de terapia intensiva (UTI) e *hospice* (42% em 2009) e um maior número de remoções/transições para a residência do paciente (34% em 2009)²¹. Todavia, os pesquisadores sinalizam que os resultados não significam que os idosos americanos rejeitam completamente intervenções médicas mais invasivas, uma vez que as taxas de hospitalização 90 dias antes do óbito passaram de 63% em 2000 para 69% em 2009; e as admissões em UTIs de 24% para 29%, no mesmo período. De certo modo, isso mostra que esses pacientes quando se encontram em situações críticas de agudização da sintomatologia buscam o serviço hospitalar, mas ao perceberem a proximidade da morte preferem interromper procedimentos médicos mais agressivos e receber cuidados paliativos – se possível em sua residência - que os auxiliarão melhor neste momento.

Uma pesquisa nacional, conduzida nos Estados Unidos por pesquisadores da Universidade do Texas (MD Anderson Cancer Center) e do Instituto Nacional de Câncer (NCI)²², com o objetivo de avaliar o grau de integração dos serviços de cuidados paliativos, revelou que os serviços de atenção ao câncer vinculados ao NCI eram os que tendiam a apresentar mais programas de cuidados paliativos para pacientes oncológicos – 98% do total, em contrapartida aos 78% dos serviços não-vinculados. Dos serviços não-vinculados ao NCI apenas 22% ofereciam serviços ambulatoriais ou de *day-clinic* para cuidados paliativos. Do total dos serviços pesquisados, pouquíssimas unidades possuíam leitos reservados para cuidados paliativos (23%) ou um *hospice* vinculado à instituição (37%). No estudo, a mediana observada da duração entre a referência para o cuidado paliativo e o óbito foi de 7 dias para consulta durante a internação, 7 dias para unidades de cuidado paliativo em regime de internação e 90 dias para *day-clinics* e ambulatórios especializados.

A literatura internacional sobre os *Hospices* e outros modelos de serviços de cuidados paliativos é bastante ampla, porém mais restrita e com menos relatos de experiências no Brasil. Alguns estudos sobre o tema em outros países compartilham do achado de que a disponibilidade de serviços de referência de cuidados paliativos é capaz de diminuir a utilização de recursos da rede assistencial^{17, 23}.

A Experiência dos Cuidados Paliativos no Brasil

Seguindo uma tendência mundial, um dos projetos pioneiros em Cuidados Paliativos no Brasil se deu no setor de oncologia, no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA. No Instituto esse perfil de acompanhamento teve início em 1986 através do Programa de Atendimento ao Paciente Fora de Possibilidade Terapêutica.

Em 1989, em razão do crescimento no número de pacientes atendidos, o programa foi transformado em um serviço de Suporte Terapêutico Oncológico (STO) e ampliou suas atividades para um programa de visitas domiciliares. Em 1990, foi criado o Grupo Especial de Suporte Terapêutico Oncológico (Gesto) e após um ano o INCA inaugurou o primeiro serviço de Cuidados Paliativos do Hospital do Câncer I. Com a proposta de trabalho cada vez mais consolidada, em 1998 foi construída e inaugurada a Unidade de Cuidados Paliativos do INCA, inicialmente chamada de Centro de Suporte Terapêutico Oncológico (CSTO). Em 2004, a unidade recebeu o nome de Hospital do Câncer IV (HC IV), unificando a nomenclatura dos hospitais do INCA, por solicitação dos próprios pacientes e familiares que se sentiam excluídos da Instituição quando de seu encaminhamento para os Cuidados Paliativos.

O HC IV atende os pacientes do INCA sem possibilidade curativa e que não estão mais realizando tratamentos específicos para a doença oncológica. Os serviços assistenciais são divididos em três processos:

1. Ambulatório: destinado aos pacientes com funcionalidade ainda preservada. São realizadas consultas multiprofissionais no mesmo dia, visando o controle dos sintomas e a abordagem integral ao paciente e seu familiar.

2. Assistência Domiciliar: destinado a pacientes com funcionalidade já reduzida e que passam a maior parte do tempo acamado. Os profissionais da equipe multiprofissional realizam visitas periódicas aos pacientes, orientando os familiares, ajustando medidas que visam o controle dos sintomas e qualidade do cuidado no domicílio.

3. Internação Hospitalar: é composta por 56 leitos exclusivos para pacientes em cuidados paliativos. É destinada àqueles pacientes que apresentam sintomas de difícil controle, aos que realizarão algum procedimento ou cirurgia ou àqueles em cuidados ao fim de vida, ou seja, pacientes que evoluirão à óbito e que, juntamente com seus familiares, não desejam que o mesmo ocorra em domicílio.

A unidade conta ainda com um Serviço de Pronto-Atendimento, que funciona em período integral, para atendimentos de emergência e orientações via telefônica. Nos últimos 3 anos, houve uma média de 1800 novos pacientes, com 19.300 atendimentos ambulatoriais e 13.600 visitas domiciliares.

Os Cuidados de Longa Duração

A atividade de cuidar, convencionalmente, é entendida como um conjunto de atividades e relações que envolvem a proteção e o apoio prestado aos enfermos, idosos, deficientes, crianças e jovens dependentes, tendo surgido na literatura como um conceito relacionado especificamente ao papel das mulheres na sociedade. De acordo com a Organização Mundial de Saúde,²⁴ prover os cuidados para todos, especialmente para os mais fracos e vulneráveis, é uma obrigação ética fundamental das sociedades, além de ser uma pré-condição essencial para que se possam desenvolver alternativas justas, racionais, equânimes e transparentes sobre o futuro das políticas de cuidados.

Cuidados de longa duração para idosos são geralmente definidos como uma variedade dos serviços de saúde ou assistência social, prestados de forma continuada, voltados para indivíduos que necessitam de apoio em função de suas crescentes limitações físicas ou mentais. A Organização para o Crescimento e Desenvolvimento Econômico (OCDE) define os cuidados de longa duração como “uma área de política de corte transversal que reúne uma gama de serviços voltados para indivíduos que dependem de ajuda para a realização das atividades da vida diária (AVD) por longos períodos de tempo” e complementa afirmando que “as demandas por cuidados de longa duração são mais prevalentes no grupo etário conformado pelos muito idosos (...) o qual apresenta maiores riscos de experimentar problemas crônicos de longa duração que causem incapacidades físicas e mentais”^{25,26}. De forma semelhante, porém mais ampla, para a OMS²⁴ os cuidados de longa duração podem ser entendidos como um conjunto de atividades empreendidas por cuidadores informais (família, amigos e/ou vizinhos) e/ou formais (profissionais das áreas de saúde e assistência social) voltado para a garantia de que indivíduos que não sejam mais plenamente capazes de assegurar sua autossuficiência possam tê-la assegurada segundo os mais elevados níveis de qualidade de vida possíveis; as suas preferências individuais e os mecanismos que promovam o maior grau possível de independência, autonomia, participação social, realização pessoal e dignidade humana.

Os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS/IBGE) relacionados às questões de dificuldade em realizar as atividades habituais permitiu construir, tomando como base a Teoria de Resposta ao Item (TRI) e o modelo preconizado em um estudo com abordagem de crédito parcial generalizado²⁷, um Índice que afere a limitação de atividades básicas e instrumentais da vida diária e que representam, em conjunto, aspectos negativos da funcionalidade entre pessoas idosas (Quadro 3).

Os chamados traços latentes ou variáveis não observáveis foram então constituídos a partir das atividades básicas (V1 a V7) e, separadamente, a partir, também, das atividades instrumentais (V8 a V12), constituídos de sete e cinco itens politônicos, respectivamente, e ordinais com quatro categorias de respostas.

Quadro 3 – Itens relacionados às dificuldades em realizar as atividades habituais em pessoas idosas

Item	Descrição do Item (Que grau de dificuldade a pessoa idosa tem para...)
V1	Comer sozinho (a) com um prato colocado à sua frente, incluindo segurar um garfo, cortar alimentos e beber em um copo?
V2	Tomar banho sozinho (a), incluindo entrar e sair do chuveiro ou banheira?
V3	Ir ao banheiro sozinho (a) incluindo sentar e levantar do vaso sanitário?
V4	Se vestir sozinho (a), incluindo calçar meias e sapatos, fechar o zíper, e fechar e abrir botões?
V5	Andar em casa sozinho (a) de um cômodo a outro da casa, em um mesmo andar, como do quarto para a sala e cozinha?
V6	Deitar ou levantar da cama sozinho (a)?
V7	Sentar ou levantar da cadeira sozinho?

continua

continuação

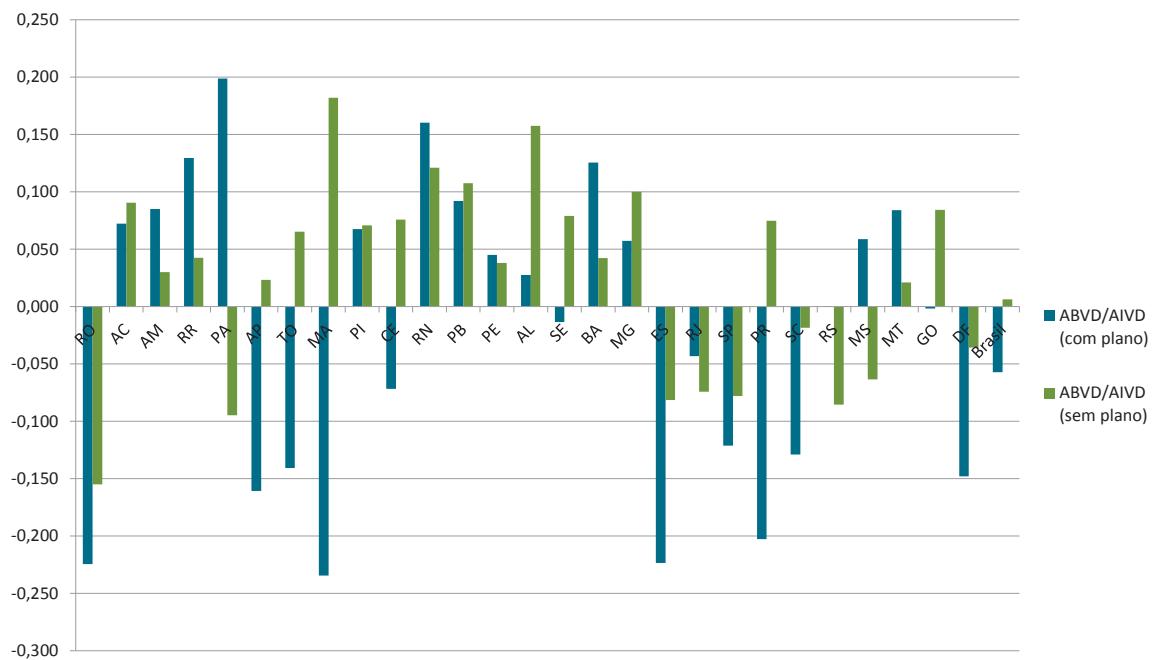
Item	Descrição do Item (Que grau de dificuldade a pessoa idosa tem para...)
V8	Fazer compras sozinho (a), por exemplo de alimentos, roupas ou medicamentos?
V9	Administrar as finanças sozinho (a) (cuidar do seu próprio dinheiro)?
V10	Tomar os remédios sozinho (a)?
V11	Ir ao médico sozinho (a)?
V12	Sair sozinho (a) utilizando um transporte como ônibus, metrô, táxi, carro, etc.?

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde. IBGE, 2013.

Nota: As categorias de resposta são: (1) Não consegue; (2) Tem grande dificuldade; (3) Tem pequena dificuldade; (4) Não tem dificuldade.

O Gráfico 4 expressa a realização de atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) por pessoas idosas, por estados e para o Brasil, com e sem plano privado de assistência médica de saúde. Observa-se que em 15 unidades da federação e no Brasil como um todo os idosos que possuem plano de saúde apresentam menos dificuldade nas atividades habituais que aqueles que não possuem plano de saúde.

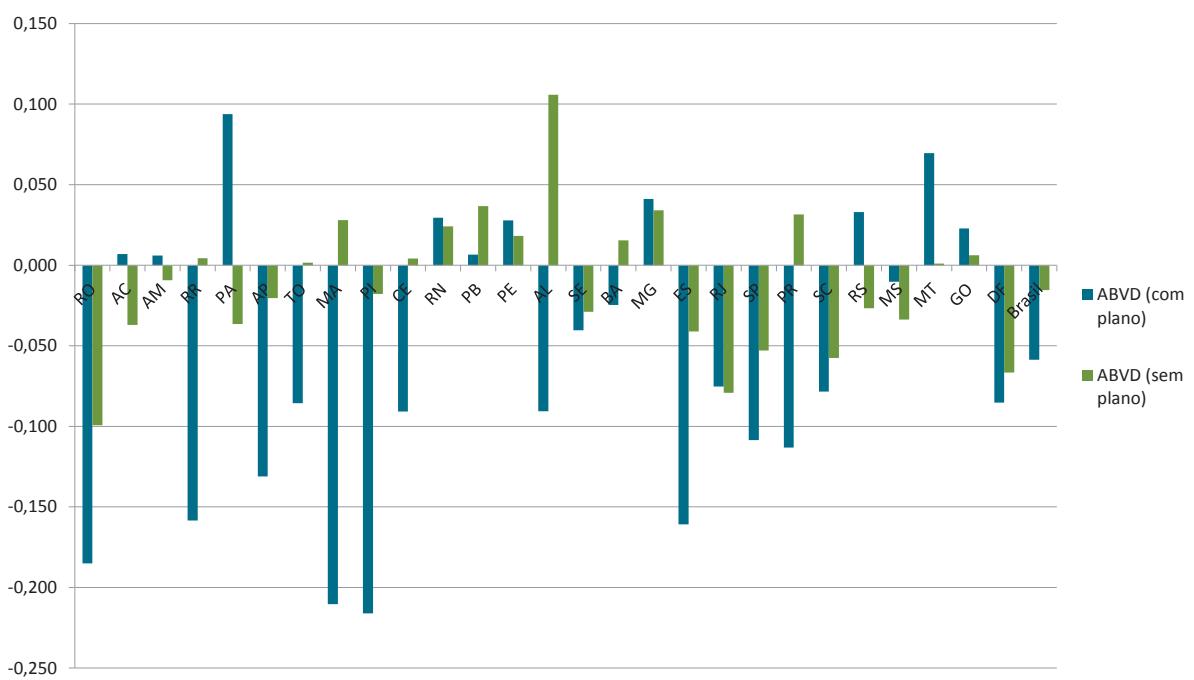
Gráfico 4 - Realização de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) por Pessoas Idosas, segundo posse de plano privado de saúde - Brasil, 2013



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde. IBGE, 2013.

Em se tratando apenas das atividades básicas da vida diária, os resultados estão ilustrados no Gráfico 5.

Gráfico 5 - Realização de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) por Pessoas Idosas, segundo posse de plano privado de saúde - Brasil, 2013

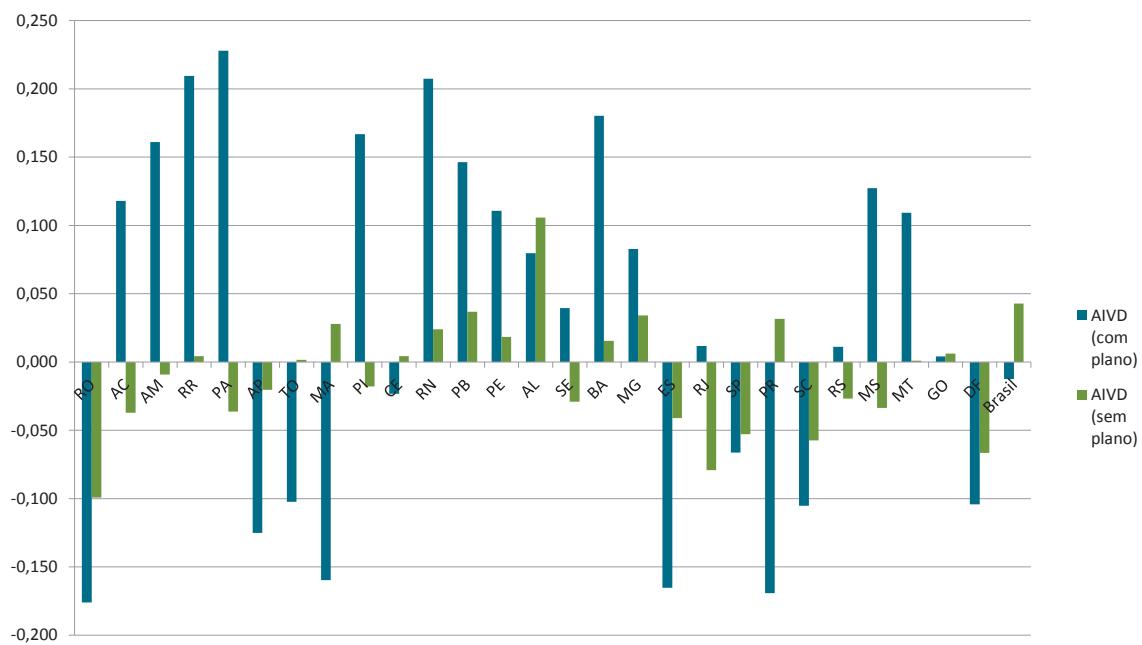


Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde. IBGE, 2013.

Do mesmo modo que o observado para o conjunto das ABVD's e AIVD's, os resultados apontam que em 16 unidades da federação e no Brasil as pessoas idosas que possuem plano de saúde têm menos limitações em suas atividades básicas de vida diária que aqueles indivíduos idosos que não possuem plano de saúde.

No que se refere a somente as atividades instrumentais de vida diária, os resultados estão expressos no Gráfico 6.

Gráfico 6 - Realização de Atividades Instrumentais de Vida Diária (ABVD) por Pessoas Idosas, segundo posse de plano privado de saúde - Brasil, 2013



Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde. IBGE, 2013.

Pode-se observar que em 11 unidades da federação e também no Brasil as AIVD's estão sendo realizadas com menos dificuldade por idosos que possuem plano de saúde em detrimento àquelas pessoas que não possuem plano de saúde.

Sendo assim, de um modo geral, tanto relativo às ABVD's, AIVD's e ao conjunto delas, as pessoas idosas filiadas a algum plano de saúde privado apresentam menos dificuldades em realizar as atividades habituais que aquelas que não possuem tais planos de saúde.

Uma hipótese para isso é que esses idosos detêm uma melhor condição socioeconômica e, portanto, cuidam mais dos aspectos preventivos no sentido de manutenção da sua independência e autonomia.

Os diferentes níveis de organização e divisão da responsabilidade entre famílias e ações no campo da saúde ou no campo do serviço social conduzem a uma grande variação de modalidades de cuidados de longa duração e de seus papéis dentro dos sistemas de proteção social. Em alguns países, os cuidados de longa duração também são associados com a noção de integralidade do atendimento, o que implica, por exemplo, a adoção de sistemas de saúde que atuem desde a introdução de medidas preventivas, da promoção do envelhecimento ativo, até a prestação dos cuidados médicos necessários, inclusive dos cuidados paliativos voltados para o final da vida. Daly²⁸ enfatiza, ainda, as dicotomias que as análises da questão dos cuidados tendem a assumir, tais como: cuidados formais x cuidados informais, cuidados remunerados x cuidados não-remunerados, cuidados institucionais x cuidados domiciliares.

De forma geral podemos subdividir os cuidados de longa duração entre os cuidados informais, prestados voluntariamente, normalmente por pessoas com relações próximas aos pacientes, e os cuidados formais, prestados por indivíduos ou instituições, caracterizados por contratos formais entre prestadores e beneficiários dos serviços. Todavia, entre os países membros da OCDE há uma expressiva participação dos

cuidados informais, estimados em mais de 80% dos cuidados prestados a idosos, com perda de capacidade funcional e/ou instrumental para a realização das AVD²⁹.

As modalidades de cuidados de longa duração podem ser classificadas quanto ao grau demandado e tipo de serviços prestados. No que se refere aos graus de cuidados demandados pelos idosos, esses variam desde os cuidados pessoais até os cuidados profissionais de enfermagem. Os aqui denominados cuidados pessoais consistem em assistir aos idosos com dificuldades para a realização das AVD. Os cuidados profissionais de enfermagem são voltados para os idosos que requerem um acompanhamento médico intensivo. Entre um extremo e outro existem os cuidados intermediários, voltados para os idosos que necessitam de tratamento de saúde profissional apenas ocasionalmente.

No que se refere aos tipos de serviços previstos para os cuidados de longa duração dos idosos, podemos subdividi-los em três principais grupos de acordo com o local onde são operacionalizados:

- 1. Cuidados Institucionais:** referentes à internação dos indivíduos em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI);
- 2. Cuidados Formais Intermediários:** referentes aos centros-dia e hospitais-dia;
- 3.Cuidados Domiciliares Formais:** aqueles prestados por enfermeiros, cuidadores formais e/ou acompanhantes, etc.

Há que se considerar que a discussão no Brasil sobre cuidados de longa duração ainda não ocorreu de forma apropriada, a despeito da urgência de desenvolvimento e implementação de políticas públicas, – sociais e de saúde - que considerem modelos alternativos de cuidado ao modelo asilar vigente. É preciso que a sociedade brasileira enfrente esse debate, pois deixamos de ser um país jovem e o envelhecimento populacional já é uma realidade. Não se pode manter a imagem de cuidado de longa duração como sendo a de instituições asilares. Há modelos de cuidado prolongados implementados e bem sucedidos em países que já fizeram sua transição demográfica e epidemiológica em décadas passadas, como Canadá, França, Alemanha e Reino Unido, portanto existem indicações de que caminhos podemos percorrer³⁰.

Referências do Capítulo

¹Mann T. 1924. A Montanha Mágica. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira. 2006.

²Foucault, Michel. 1987. O Nascimento da Clínica. Tradução de Roberto Machado. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.

³ Foucault, Michel. 2008. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramalhete. 35. ed. Petrópolis: Vozes.

⁴ Evers, Martin M, Dushyant Purohit, Daniel Perl, Khalid Khan, Deborah B Marin. 2002. *Palliative and aggressive end-of-life care for patients with dementia*. Psychiatric Services.

⁵ Earle, Craig C, Bridget A Neville, Mary Beth Landrum, et al. 2004. *Trends in the aggressiveness of cancer care near the end of life*. Journal of Clinical Oncology 22, no. 2: 315-321.

⁶ Ho, Thi H, Lisa Barbera, Refik Saskin, et al. 2011. *Trends in the aggressiveness of end-of-life cancer care in the universal health care system of Ontario, Canada*. Journal of Clinical Oncology 29, no. 12: 1587-1591.

⁷ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Carvalho, Ricardo Tavares de; Henrique Afonso Parsons (Orgs.). 2012. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2^a ed. 590p.

⁸ Dahlin, P. Coyne, B. Ferrell (Orgs.) 2016. *The Textbook of Advanced Practice Palliative Nursing*. Oxford University Press, New York, NY.

⁹ Kelley, Amy S, and Diane Meier. 2010. *Palliative care—a shifting paradigm*. New England Journal of Medicine 363, no. 8: 781-782.

¹⁰ OMS. Organização Mundial de Saúde. 2015. *Palliative Care*. Fact Sheet n°402. Disponível em: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/ Acesso em: 17 fev 2016

¹¹ Bennett, Michael I, Elizabeth A Davies, Irene J Higginson. 2010. *Delivering research in end-of-life care: problems, pitfalls and future priorities*. Palliative Medicine.

¹² Cherny, Nathan I. et. al. 2015. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 5^a ed. 1228p.

¹³ Morrison S. Research Collaborations: *Building Bridges and Effecting Change*. In: 3rd Cancer Experiences Collaborative (CECO) Annual Scientific Meeting, Manchester, UK, March 2009. Disponível em: <http://www.ceco.org.uk/galleries/presentations/SMorrison.pdf>

¹⁴ Gardiner, Clare, Mark Cobb, Merryn Gott, Christine Ingleton. 2011. *Barriers to providing palliative care for older people in acute hospitals*. Age and ageing 40, no. 2: 233-238.

¹⁵ Pastrana, Tania, Isabel Torres-Vigil, Liliana De Lima. 2014. *Palliative care development in Latin America: An analysis using macro indicators*. Palliative medicine 28, no. 10: 1231-1238.

¹⁶ Worldwide Palliative Care Alliance & World Health Organization. 2014. *Global atlas of palliative care at the end of life*. Stephen R Connor and Maria Cecilia Sepulveda Bermedo (Orgs.)

¹⁷ Temel, Jennifer S, Joseph A Greer, Alona Muzikansky, et al. 2010. *Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer*. New England Journal of Medicine 363, no. 8: 733-742.

¹⁸ Coventry, Peter A, Gunn E Grande, David A Richards, Chris J Todd. 2005. *Prediction of appropriate timing of palliative care for older adults with non-malignant life-threatening disease: a systematic review*. Age and ageing 34, no. 3: 218-227.

¹⁹ Morrison, R Sean, Jessica Dietrich, Susan Ladwig, et al. 2011. *Palliative care consultation teams cut hospital costs for Medicaid beneficiaries*. Health Affairs 30, no. 3: 454-463.

²⁰ Quill, Timothy E, and Amy P Abernethy. 2013. *Generalist plus specialist palliative care—creating a more sustainable model*. New England Journal of Medicine 368, no. 13: 1173-1175.

²¹ Teno, Joan M, Pedro L Gozalo, Julie PW Bynum, et al. 2013. *Change in end-of-life care for Medicare beneficiaries: site of death, place of care, and health care transitions in 2000, 2005, and 2009*. Jama 309, no. 5: 470-477.

²² Hui, David, Ahmed Elsayem, Maxine De La Cruz, et al. 2010. *Availability and Integration of Palliative care at US Cancer Centers*. Jama 303, no. 11: 1054-1061.

²³ Bakitas, Marie, Kathleen Doyle Lyons, Mark T Hegel, et al. 2009. *The project ENABLE II randomized controlled trial to improve palliative care for rural patients with advanced cancer: baseline findings, methodological challenges, and solutions*. Palliative and Supportive Care 7, no. 01: 75-86.

²⁴ WHO. World Health Organization. 2002. *Current and future long-term care needs. The Global Burden of Disease and the International Classification of Functioning, Disability and Health.* The Cross-Cluster Initiative on Long-Term Care Geneva: WHO.

²⁵ OCDE. Organisation for Economic Co-operation and Development. 2013. *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care.* OCDE Health Policy Studies. OECD Publishing.

²⁶ Francesca, Colombo, Llena-Nozal Ana, Mercier Jérôme, Tjadens Frits. 2011. *OECD Health Policy Studies Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care: Providing and Paying for Long-Term Care.* Vol. 2011. OECD Publishing.

²⁷ Beltrão, K. I. et al. 2013. Capacidade Funcional dos Idosos: Uma análise dos Suplementos Saúde da PNAD com a teoria de resposta ao item. Rio de Janeiro: IBGE.

²⁸ Guy Standing; Mary Daly (Eds). 2001. *Care Work: The Quest for Security.* Geneva, International Labour Office. 279 p.

²⁹ Jacobzone, Stephane. 2000. *Coping with Aging: International Challenges.* Health affairs 19, no. 3: 213-225.

³⁰ ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. 2010. Brasil. Experiências de Financiamento da Saúde dos Idosos em Países Selecionados: Relatório Executivo. Rio de Janeiro: ANS. 44 p.

CAPÍTULO 7

"No Brasil, há muito que modelos assistenciais alternativos e novas formas de remuneração de serviços tornaram-se um imperativo nas discussões centrais do setor saúde.

O desejado aumento da resolutividade do sistema e a efetividade das ações de saúde, quer no sistema público, quer no privado, são claramente dependentes da mudança da lógica de pagamento dos serviços e da racionalidade que orienta os modelos cuidados".

MODELOS DE REMUNERAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE: ABORDAGENS ALTERNATIVAS NO CUIDADO AO IDOSO

Debates em torno da reformulação dos sistemas de saúde em diferentes países de renda elevada e renda média têm intensificado nas últimas décadas a produção de experiências e conhecimento relacionados ao financiamento da atenção à saúde, à implementação de modelos alternativos de pagamento de prestadores vinculados ao aumento da qualidade assistencial e à necessidade de redução do incremento dos elevados custos envolvidos na prestação dos serviços de saúde.

Em termos do financiamento dos sistemas de saúde, alguns autores^{1,2} apontam que – à exceção de poucos países – quase não é mais possível identificar sistemas de saúde no mundo que possam ser classificados dentro dos critérios formais existentes que caracterizam os tipos “clássicos” de financiamento, conforme a terminologia da OCDE, quer sejam: (1) sistema nacional de saúde (com prestação exclusivamente estatal e financiamento exclusivamente por tributos); (2) sistema de seguro social (com financiamento exclusivamente efetuado por meio de contribuições sobre folha de salário); (3) sistema de saúde liberal (baseado apenas nas forças de mercado). Hoje, de modo geral, a preponderância é de modelos de financiamento mistos, no qual interagem elementos da esfera pública e privada, tanto no âmbito da prestação de serviços como no do financiamento dos mesmos. Um bom exemplo dessa configuração do financiamento do sistema de saúde é o próprio Brasil.

Há quase 15 anos, em um Relatório³ que se tornou referência mundial, “*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*”, o Instituto de Medicina (IOM) declarava a necessidade de alinhamento da remuneração dos serviços de atenção à saúde à mecanismos de indução e medidas de mensuração da qualidade. O modelo hegemônico de remuneração dos serviços de saúde, em muitos países, tanto em sistemas públicos

de saúde quanto nos sistemas orientados ao mercado de planos privados de saúde, é o modelo de *fee-for-service* (FFS), caracterizado essencialmente pelo estímulo à competição por usuários e remuneração por quantidade de serviços produzidos. Todavia, esse cenário caminha em direção a importantes mudanças.

Já há algumas décadas, no contexto internacional, países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Alemanha vêm implementando modelos alternativos de pagamento^{4,5,6,7,8} à prestadores de serviços e utilizando - por exemplo - o pagamento por *capitação* como importante forma de remuneração de serviços de saúde, principalmente na atenção primária, estando inclusive presente no atual modelo das *Accountable Care Organizations* (ACOs), nascido a partir do *Obamacare*, em 2010, nos Estados Unidos⁹.

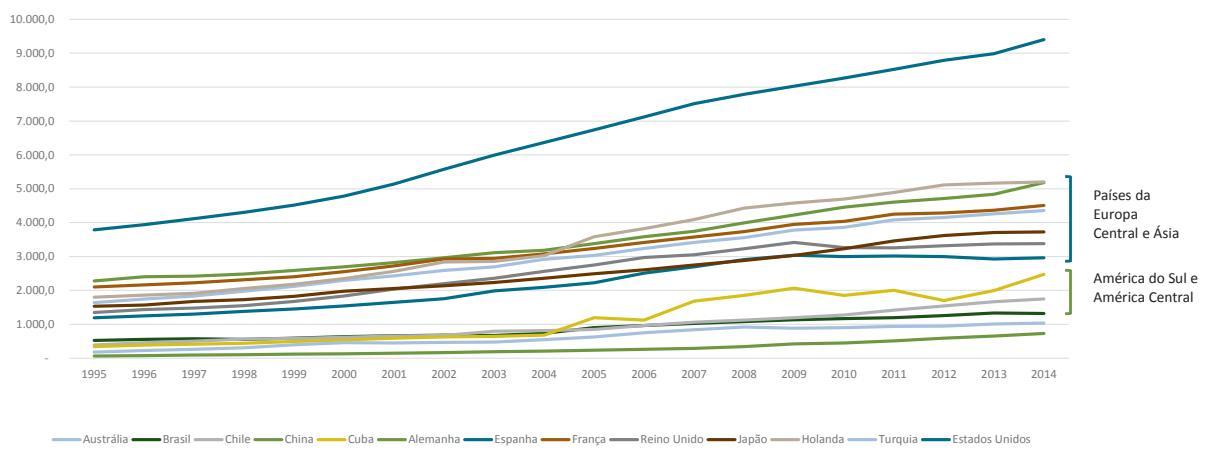
No Brasil, há muito que modelos assistenciais alternativos e novas formas de remuneração de serviços tornaram-se um imperativo nas discussões centrais do setor saúde. O desejado aumento da resolutividade do sistema e a efetividade das ações de saúde, quer no sistema público, quer no privado, são claramente dependentes da mudança da lógica de pagamento dos serviços e da racionalidade que orientam os modelos cuidados. Os modelos de atenção em saúde adotados no país possuem profundas raízes no modelo biomédico, verticalizado e hierárquico, com níveis de complexidade crescente dos serviços e indutor da sobrevaloração de serviços de maior densidade tecnológica, herdado da Medicina Previdenciária e; no modelo de atenção à saúde coletiva, originário da vigilância sanitária e epidemiológica do início do século.

A partir da Reforma Sanitária, emergiram novas concepções acerca dos processos de saúde-doença, impactando na abordagem das condições de saúde e abrindo caminho para – se não a ruptura –, o critionismo do modelo biomédico centrado no hospital e na figura do médico. É importante destacar que a definição do modelo assistencial envolve aspectos de natureza política, técnica, e, inclusive, simbólica, que irrompem as fronteiras da saúde. Um dos principais desafios de planejadores e gestores do sistema de saúde é a definição de um *roadmap*, com o intuito de desenvolver mecanismos indutores da qualidade dos serviços de saúde e redesenhar o modelo assistencial a partir da implementação de novas formas de remuneração, no contexto de um sistema de saúde complexo e com diferentes arranjos político-institucionais como é o caso do Brasil.

É importante também lembrar que o que se convencionou denominar modelo assistencial pode ser compreendido como a lógica de funcionamento da prestação da atenção à saúde, e que o mesmo é um conceito-chave que orienta a arquitetura dos sistemas de saúde, assim como o modelo de gestão e de financiamento. Alguns princípios, como os de integralidade e de continuidade do cuidado, fazem parte dessa racionalidade adotada pelo Brasil em seu arcabouço legal-institucional da Constituição Federal de 88 e permanecem sendo grandes desafios a serem transpostos tanto para o sistema público de saúde quanto para a saúde suplementar.

É sabido, por meio da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF/IBGE - 2008/2009), que os gastos com planos de saúde representam uma importante parcela do gasto total com saúde no Brasil, cerca de 25%¹⁰. Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, de dezembro de 2015, mostram que 25,6% da população brasileira está coberta por algum plano privado de assistência médica. De acordo com indicadores do Banco Mundial, embora ao longo dos últimos 7 anos tenha havido um aumento de 15% nos gastos públicos em saúde, essa elevação não foi suficiente para reverter a balança da composição dos gastos em saúde no Brasil, que hoje é, majoritariamente, privada – cerca de 52% do total.

Gráfico 1 – Comparativo da Média de Gastos em Saúde Per Capita – valores em US\$ PPP - World Bank - 2013



Fonte: elaboração própria a partir de dados do Banco Mundial. Disponível em: <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>

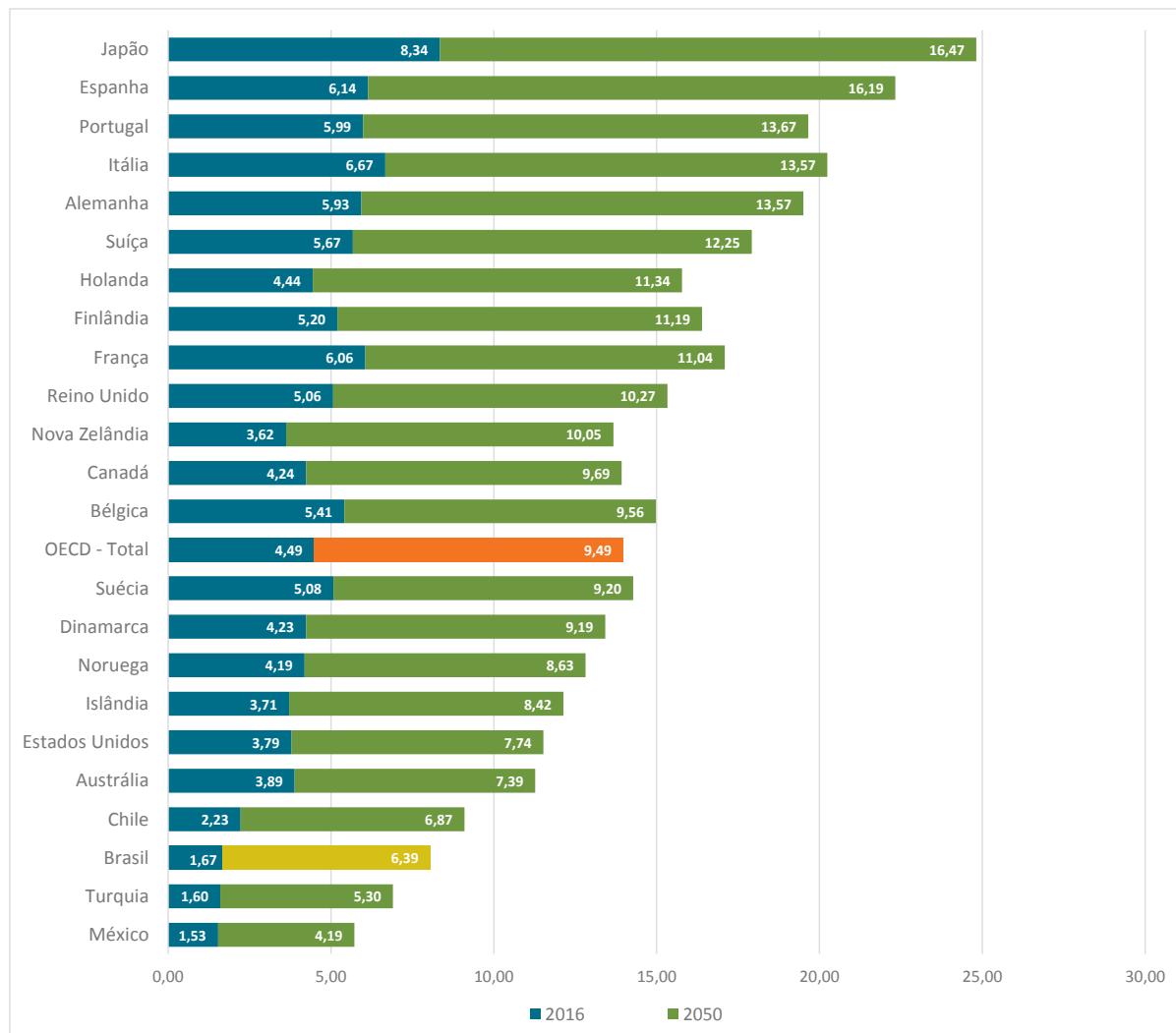
Apesar de características comuns perpassarem a questão da atenção à saúde pública e privada, os diferentes arranjos político-institucionais e o próprio modelo de financiamento e remuneração dos serviços imprimem uma dinâmica bastante diferente à lógica da organização da atenção à saúde e da regulação do Estado nos diferentes contextos. A configuração do sistema de saúde brasileiro de *mix* público-privado coloca na agenda governamental a necessidade de regulação eficaz dos efeitos perversos dessa interação.

A fragmentação da rede assistencial e do cuidado na saúde suplementar traz elevados custos ao sistema que se materializam, por exemplo, no aumento de internações evitáveis e no número de recidivas nos serviços, face à natureza das condições crônicas de saúde, prevalentes em nossa população. Isso posto, destacamos que a lógica subjacente ao manejo das condições crônicas e agudas, pelos sistemas de saúde, deve ser absolutamente diversa.

O prolongado processo de transição epidemiológica no Brasil – quase simultâneo ao processo de transição demográfica – coloca para o país um dos seus maiores enfrentamentos futuros, em termos de Política Pública, qual seja, responder as necessidades de atenção à saúde impostas pelas doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), tendo como pano de fundo a atual estrutura de serviços e a mesma dinâmica do modelo assistencial vigente, que em grande parte permanece fragmentária e desarticulada.

A relevância do tema é de tal magnitude que o debate internacional sobre o impacto social e econômico das doenças crônicas não-transmissíveis tem sido intenso em muitos países desenvolvidos, colocando inclusive as DCNT como um dos principais obstáculos para o alcance das Metas de Desenvolvimento do Milênio, pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹¹. Em resumo, caso não haja uma mudança radical na atual conformação do modelo de atenção e na prestação dos serviços de saúde, as doenças crônicas não-transmissíveis - aliadas ao processo de envelhecimento populacional em curso - poderão obstruir o desenvolvimento econômico das nações por impactar diretamente a capacidade produtiva, laboral e social das pessoas. O Gráfico 2 apresenta um comparativo das projeções de crescimento da população idosa com 80 anos e mais nos principais países da OCDE e no Brasil até 2050, mostrando que nas próximas décadas o país terá um aumento da participação de idosos muito idosos na população da ordem de 3 vezes em relação ao cenário atual.

Gráfico 2 – Projeções de crescimento da população idosa com 80 anos e mais em países selecionados da OCDE e Brasil, 2016 e 2050



Fonte: elaboração própria a partir de dados da OCDE. Disponível em: <http://stats.oecd.org/>

A constatação de que o modelo vigente de assistência médica prestada pela franca maioria dos serviços privados de saúde é insuficiente para responder a esta demanda crescente por cuidados especializados de pacientes portadores de condições crônicas e que ameaçam a continuidade da vida, tem incluído na agenda o debate sobre o redesenho do modelo assistencial e sobre os modelos alternativos de remuneração de prestadores de serviços¹².

Em resposta a esse cenário, desde as reformas da década de 90, países como a Inglaterra, França, Alemanha, Austrália e Estados Unidos tem experimentado a transição do modelo do *fee-for-service* para modelos mistos de remuneração envolvendo, inclusive, o pagamento por performance de prestadores de serviços de saúde (P4P)^{13,14,15,16,17, 18}. No Brasil, outras formas de remuneração representam apenas 5% do que é praticado pelo mercado de saúde suplementar; e algumas experiências, no sistema público, de pagamento por orçamento global e por captação, foram implementadas nos últimos anos.

Hoje, uma das principais inovações no horizonte da remuneração de serviços de saúde e uma das formas mais sofisticadas de mudança do modelo assistencial emergiu nos EUA como uma das âncoras do *Obamacare*, as *Accountable Care Organizations* (ACO's). As ACO's – dentre outras experiências, como os pacotes de pagamento por episódio clínico (*Bundled Payments for Episodes of Care*) – são uma expressão

do vigor das mudanças em curso, direcionadas à maior coordenação e efetividade do cuidado, à redução de custos e ao uso de incentivos financeiros por *performance* e governança compartilhada das economias geradas pela rede (*shared savings*)^{19,20,21,22}. Mais adiante serão apresentadas as principais características e diferenças entre os modelos de remuneração de prestadores de cuidados em saúde. Antes de avançarmos para uma análise comparada desses modelos de pagamento, serão colocados em pauta, a seguir, aspectos contextuais e distinções relevantes entre o financiamento dos sistemas de saúde e os modelos de remuneração da assistência prestada pela rede de atenção à saúde.

Interface entre financiamento da assistência e remuneração de serviços de saúde

O sistema de saúde brasileiro é composto por uma rede complexa de prestadores de serviços, compradores e financiadores, formando o que se convencionou denominar o *mix* público-privado, em que o financiamento é majoritariamente privado, representando hoje 4,9% do GDP, enquanto o financiamento público é da ordem 3,1%. Embora, em sua origem, a concepção do Sistema Nacional de Saúde, estipulada na Constituição Federal de 1988, tenha lançado as bases para a implementação de um sistema público, de acesso universal, com ampla cobertura de ações e serviços de saúde e vigilância, inúmeros fatores político-institucionais, de gestão e estrutura de financiamento, contribuíram para a preponderância da participação dos recursos privados na saúde brasileira²³.

Ao longo da constituição e tentativa de fortalecimento do Sistema Público de Saúde (SUS), foram vários os movimentos de ampliação e estabilização deste componente do sistema nacional de saúde brasileiro, que teve início com a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), em 1996, passando pela promulgação da Emenda Constitucional 29 (EC 29), em 2000, pela extinção da contribuição supracitada em 2007 e pelo alcance de um novo ponto de inflexão com a regulamentação da EC 29, em 2012²⁴.

Tabela 1 – Comparativo dos Gastos em Saúde, por fonte de financiamento, em países selecionados – 2014 – valores em US\$ PPP

	2014		
	Gastos em Saúde, Total (% do PIB)	Gastos em Saúde, Público (% do PIB)	Gastos em Saúde, Privado (% do PIB)
Estados Unidos	17,1	8,3	8,9
Suécia	11,9	10,0	1,9
França	11,5	9,0	2,5
Nova Zelândia	11,0	9,1	1,9
Holanda	10,9	9,5	1,4
Dinamarca	10,8	9,2	1,6
Bélgica	10,6	8,2	2,3
Canadá	10,4	7,4	3,0
Japão	10,2	8,6	1,7
Noruega	9,7	8,3	1,4
Finlândia	9,7	7,3	2,4
Portugal	9,5	6,2	3,3
Austrália	9,4	6,3	3,1
Itália	9,2	7,0	2,3

continua

continuação

	2014		
	Gastos em Saúde, Total (% do PIB)	Gastos em Saúde, Público (% do PIB)	Gastos em Saúde, Privado (% do PIB)
Reino Unido	9,1	7,6	1,5
Espanha	9,0	6,4	2,6
Islândia	8,9	7,2	1,7
Uruguai	8,6	6,1	2,5
Brasil	8,3	3,8	4,5
Chile	7,8	3,9	3,9
México	6,3	3,3	3,0

Fonte: elaboração própria a partir de dados do Banco Mundial. Disponível em: <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>

Hoje, a configuração do sistema nacional de saúde permite o acesso da população à atenção à saúde por meio de uma das seguintes estruturas: (a) Sistema Único de Saúde (SUS), de acesso universal e financiado exclusivamente com recursos públicos (impostos e contribuições sociais); (b) segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores; (c) segmento dos planos públicos de saúde, destinados aos servidores públicos, civis e militares e seus dependentes; (d) acesso mediante desembolso direto (*out-of-pocket*).

Adespeito das diferenças nos dispositivos legais e regulatórios, bem como nos mecanismos de financiamento, a que ambos os componentes do sistema estão sujeitos, destaca-se que há uma forte interação entre o segmento público e o privado de saúde no Brasil, particularmente na vertente da prestação continuada dos serviços de saúde – cerca de 70% da rede de prestadores de serviços de saúde é compartilhada pelo SUS e pelo mercado de planos privados de saúde. Nesse compartilhamento da rede de serviços complexa fica a implementação de mudanças e inovações na prestação dos serviços, uma vez que a cobertura da população pode se dar por diferentes mecanismos de financiamento e modelos de cuidado em saúde.

Para a Organização Mundial de Saúde² os objetivos essenciais para o aperfeiçoamento dos sistemas de financiamento do setor são: (1) a proteção financeira contra os riscos do adoecimento; (2) a equidade no financiamento; (3) a busca, via alocação de recursos, de equidade no acesso e utilização de serviços de saúde. De maneira geral, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a maior parte do financiamento da saúde provém de fontes públicas. Nesses países a maior parte do gasto privado é realizada sob a forma de pré-pagamento (planos e seguros privados).

Uma síntese das principais fontes de financiamento dos sistemas de saúde é apresentada no Quadro 1.

Quadro 1 – Descrição dos Tipos de Fontes de Financiamento por País selecionado

Fonte de Financiamento	Exemplo de País
Impostos Gerais, com participação dos municípios, estados e União para o Sistema Público de Saúde e Seguro-Saúde voluntário pago pelos cidadãos com subsídios do Governo, por meio do IR.	Brasil
Impostos Gerais	Reino Unido
Impostos Locais com conselho local responsável por prestadores de serviços	Dinamarca
Seguro Social de Saúde pago pelo empregador e empregado, com seguradores múltiplos, não-competitivos e autônomos	França
Seguro social de saúde pago pelo empregador e empregado, com seguradores competitivos e autônomos	Alemanha
Seguro Social de Saúde compulsório para cuidados primários pago pelo cidadão, com seguradores competitivos e pacote de benefícios complementar definidos pelo Governo	Suíça
Seguro- Saúde voluntário pago pelo empregador, com subsídios para empregadores e empregados. Com o Patient Protection and Affordable Care Act (2012) , tornou-se compulsória a aquisição de um seguro-saúde, com subsídios do Governo, para cidadãos que não recebem seguro de saúde do empregador	Estados Unidos
Seguro-Saúde voluntário pago pelos cidadãos com subsídios do Governo	Austrália
Seguro-saúde para gastos catastróficos e Health Savings Account isenta de impostos	Cingapura
Seguro Social de Saúde compulsório para doenças catastróficas e cuidados prolongados e Seguro Social de Saúde para serviços médicos para agudos pago pelo empregador e pelo empregado	Holanda

Fonte: adaptado de "Health Policy Consensus Group". Disponível em: <http://www.civitas.org.uk>

Já com relação ao financiamento dos seguros e dos planos de saúde, há uma ampla gama de regimes financeiros que podem ser descritos. De um modo geral, os regimes visam à manutenção do equilíbrio atuarial do plano e permitem o cálculo da contribuição (receita) que fará frente às despesas com a utilização das coberturas contratadas. No mercado de planos privados de saúde, um dos principais regimes financeiros utilizados é o de Repartição Simples (*Pay as You Go*), em que “as contribuições se equilibram com as despesas a intervalos regulares de tempo”²⁵. Nesse regime, não há formação de reservas para pagamentos futuros. A receita corrente, oriunda das contribuições, cobre as obrigações correntes. O equilíbrio advém de uma quantidade suficiente de segurados saudáveis financiando aqueles que mais utilizam os serviços de saúde.

“Jovens adultos são responsáveis por financiar os idosos como uma proxy de saudáveis financiando os não-saudáveis.”

Na saúde suplementar, esse regime de solidariedade é aplicado em faixas etárias. Os beneficiários de faixa mais jovem subsidiam os de faixa etária mais elevada. Nesse pacto entre gerações, o valor de contribuição

fixado para a faixa de 59 anos ou mais de idade (última faixa etária) não pode ser superior a seis vezes o valor da contribuição da primeira faixa etária (de 0 a 18 anos).

Note-se que há uma associação entre idade e gastos em saúde. Segundo Castro et. al.²⁶ há diferenciais de utilização por idade (e também por sexo) e a curva do número médio de internações tem o formato de um “U”, sendo menor na idade adulta e maior nas idades mais elevadas e na infância - ou seja, jovens adultos são responsáveis por financiar os idosos como uma proxy de saudáveis financiando os não-saudáveis.

Essas transferências intergeracionais funcionavam bem antes da transição demográfica brasileira, pois havia uma alta taxa de crescimento populacional no país, permitindo o bom funcionamento do sistema de repartição simples, ou seja, muitos jovens financiando poucos idosos. No entanto, com a queda da taxa de fecundidade e o aumento da longevidade, as gerações futuras perderão, pois poucos jovens saudáveis terão que arcar com a alta utilização gerada por uma grande proporção de idosos na população. Se o valor da contribuição dos jovens for superior à sua expectativa de utilização, há uma indução que eles abandonem o sistema. Nesse caso, o novo preço para os usuários restantes seria mais elevado, já que o risco aumentaria. Essas saídas sucessivas de grupos de menor risco levaria a um espiral de seleção adversa, colapsando o sistema.

Outro regime financeiro possível é o de Capitalização. Nesse, o montante arrecadado é acumulado individualmente em um fundo, que é rentabilizado por aplicações financeiras para o financiamento do benefício. É necessário um longo período de tempo - exemplo, 20 anos - para constituir um montante suficiente para arcar com os benefícios futuros. Esse regime encontra limitações para aplicação isolada na saúde suplementar, pois não há garantia de que o montante acumulado suportará os eventos de alto custo que eventualmente podem acometer uma pessoa. Além disso, em uma situação de urgência, não teria havido tempo suficiente para a acumulação de recursos.

No cenário de transição demográfica e de envelhecimento populacional, a evolução de custos poderá afetar a sustentabilidade do setor. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem estudado alternativas para o regime financeiro vigente, tendo sido inclusive esse o tema de sua Agenda Regulatória do biênio 2011/2012. Um dos principais consensos desse estudo foi a possibilidade de formatação de produtos de planos de saúde com alternativas mistas de mutualismo e capitalização.

Como fruto desse debate interno, propôs-se um regime misto de Repartição Simples e Capitalização, agregando ao modo vigente a possibilidade de capitalização de parte dos recursos para custear as contribuições futuras do plano de saúde. Assim, quando a mensalidade do plano comprometesse uma parcela maior da renda do beneficiário, normalmente a partir de sua aposentadoria, haveria recursos disponíveis para subsidiar o financiamento do plano de saúde.

Todavia, a implementação dessa proposta depende de diversas regulamentações intra setoriais. Não obstante, tais estímulos à poupança precisam ocorrer antes do término do bônus demográfico.

Modelos de Remuneração de Serviços

A literatura sobre o tema das formas de pagamento de prestadores de serviços de saúde apresenta distintos modelos de remuneração. Muitos estudos internacionais apontam que as atuais reformas em andamento nos sistemas de saúde no mundo têm a pretensão de substituir ou reduzir a amplitude do modelo vigente do *Fee-for-Service* (FFS) por modelos alternativos de pagamento. No âmbito das reformas em curso, as principais experiências referem-se aos *Bundled Payments for Care Improvement*, ao *Capitation*, aos Pagamentos Globais e às *Accountable Care Organizations* (ACO), estas últimas podendo ser agrupadas dentro do modelo de *Bundled Payment* em uma perspectiva do que alguns autores têm denominado *Population-Based Payment*, ou seja, base populacional. Apesar do modelo do *Diagnoses Related Groups* (DRG) ser usualmente citado nos estudos das formas de pagamento, em origem e essência, o DRG é

um método de classificação de perfil nosológico de pacientes hospitalares segundo critérios de risco. Na presente análise, o DRG foi incluído como modalidade de pagamento, tendo-se o entendimento que o método evoluiu para uma forma de remuneração de procedimentos hospitalares para condições agudas e é relevante para a compreensão dos modelos de pagamento por episódio clínico, estando incluído nas categorizações internacionais sobre o tema.

Destaca-se que todas as abordagens mencionadas foram, em um ou outro contexto, bem-sucedidas e amplamente adotadas em diferentes países. As características de cada método fazem com que sejam aplicáveis a todos os *settings* da saúde ou a um âmbito particular, como, por exemplo, a Capitação na atenção primária e o DRG's no hospital²⁷.

A forma de remuneração mais antiga e vigente nos sistemas de saúde, incluindo o Brasil, é o modelo do *Fee-for-Service*; no qual estão inseridos formas de pagamento usualmente designadas por remuneração por unidade de serviço ou conta aberta, e remuneração por pacotes de procedimentos e diárias hospitalares. Juntos esses mecanismos respondem por cerca de 90% das formas de pagamento praticadas pelo mercado de planos de saúde no Brasil. Embora o *Fee-for-Service* guarde semelhanças à *Orcamentação Global*, as informações referentes aos custos são faturadas de maneira detalhada, por itens de gasto, e as negociações se dão em torno do custo ou do gasto relacionado a cada item. A essência do FFS é o pagamento por produção de procedimentos individuais. Uma das principais desvantagens desse modelo é o estímulo à sobreutilização de serviços intermediários, principalmente os que proporcionam margens de lucro mais elevadas, e que, portanto, afetam negativamente a qualidade da atenção à saúde. Hoje o *fee-for-service* é o modelo mais associado na literatura ao aumento desnecessário no custo da assistência médica.

Um outro importante mecanismo de pagamento à prestadores é a modalidade denominada Capitação - *full* ou *partial capitation* na literatura internacional. O modelo da capitação baseia-se no estabelecimento de uma remuneração fixa para o cuidado parcial ou integral da saúde de uma população definida em base *per capita*. Essa modalidade pressupõe o conhecimento dos riscos à saúde associados à cobertura da população definida, bem como a contrapartida em termos de custos²⁸.

Outro modelo alternativo de pagamento é a Orcamentação Global ou Transferência Orcamentária, que é uma forma de remuneração prospectiva, na qual o estabelecimento de saúde estima, anualmente, suas necessidades de gastos e apresenta ao ente financiador e, em contrapartida, compromete-se com o cumprimento de metas de desempenho, baseadas em métricas de eficiência e qualidade da prestação de serviço²⁹. Uma das principais questões relativas a esse modelo é a complexidade de sua implementação e mensuração de indicadores, quando existem múltiplos pagadores de serviços vinculados àquele estabelecimento.

No Brasil, no setor público, uma das modalidades que vem sendo cada vez mais implementadas pelos gestores é o pagamento por Orçamento Global ou Transferência Orcamentária. Em geral, essa modalidade de remuneração não é implementada isoladamente, estando com frequência associada à outra modalidade, dado que se caracteriza primordialmente pelo pagamento de valores adicionais dependentes do desempenho do prestador.

A Tabelas 2, 3, 4 e 5 elencam diferentes modalidades de remuneração de serviços de saúde, bem como o contexto, objetivo e foco do pagamento.

Tabela 2 – Tipologia e Características das Formas de Remuneração da Prestação de Serviços de Saúde

Forma de Remuneração	Sinônimas	Alocação do Recurso	Foco	Tipo de Informação Coletada
Fee-for-Service	Por Unidade de Serviço Pagamento por Ato Médico (Conta Aberta)	Ex-Post	Faturamento	Custo Unitário das Unidades de Serviço
	Preço Fixo (Pacotes de Procedimentos e Diárias Hospitalares)	Ex-Ante	Custos	Custo Unitário das Unidades de Serviços + Protocolos clínicos/cirúrgicos
Assalariamento	Remuneração por Tempo	Ex-Post	Custos	Custos de Transação e Administrativos
Orçamento Global	Transferência Orçamentária	Ex-Ante	Desempenho do Prestador conforme Metas contratualizadas	Custos + Metas por Desempenho
Grupos de Diagnósticos Homogêneos (Diagnose Related Groups - DRG)	Remuneração por Caso (Case-Mix)	Ex-Post	Case-Mix	Custo por Grupos de Diagnóstico ajustados por Risco
Prepaid / Capitation (Pagamento por Usuário)	Partial Capitation*	Ex-Ante	Pessoas / Risco	Custo unitário das unidades de serviços + Protocolos clínicos/cirúrgicos + Incidência dos Procedimentos Hospitalares
	Full Capitation			
Bundled Payments for Care Improvement	Bundled Payments for Care Improvement (BPCI); Bundled Payments for Acute Care (Inpatient Only); Bundled Payments for Episodes of Care (Agudos ou Crônicos); Condition-specific Budget (Medical Home)	Maiora Ex-Post (EUA)	Caso Episódio Clínico Condição de saúde	Custo + Medidas de Qualidade + Coordenação do Cuidado
Shared Savings Programs	Remuneração por Economias Geradas	Ex-Post	Relaciona Pagamento-Compartilhamento de Risco a Qualidade do Cuidado Prestado	Custo + Medidas de Qualidade + Coordenação do Cuidado
Pagamento por Performance	Pay-for-Performance P4P	Ex-Post	Desempenho-Metas do Prestador Qualidade do Cuidado	Custo + Medidas de Qualidade / Desempenho do Prestador

* A Lei define que no pagamento por Capitação Parcial, a ACO estaria sob risco financeiro para alguns itens e serviços cobertos pelas partes A e B do Medicare, como por exemplo para todas as consultas médicas ou todos os itens e serviços cobertos pela parte B.

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da literatura nacional e internacional.

Tabela 3: Variáveis de infraestrutura dos modelos de remuneração dos serviços de saúde

Variáveis de infraestrutura dos modelos de remuneração dos serviços de saúde				
Tipo de modelo	TI é condição essencial para implantação	Monitoramento com indicadores	Necessidade de auditoria	Necessidade de fortes mecanismos de controle
Fee-for-Service	Não	Não	Sim	Sim
Assalariamento	Não	Não	Não	Não
Prepaid / Capitation	Sim	Sim	Não	Não
Bundled Payments	Parcialmente	Sim	Não	Não
Pagamento por Performance	Sim	Sim	Não	Não

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da literatura nacional e internacional.

Tabela 4 - Variáveis de processo dos modelos de remuneração dos serviços de saúde

Variáveis de processo dos modelos de remuneração dos serviços de saúde				
Tipo de modelo	Incentivo ao volume	Compartilhamento de risco	Indicadores de processo	Contratualização de metas
Fee-for-Service	Sim	Não	Não	Não
Assalariamento	Não	Não	Não	Não
Prepaid / Capitation	Não	Sim	Sim	Sim
Bundled Payments	Não	Sim	Não	Sim
Pagamento por Performance	Não	Sim	Sim	Sim

continua

continuação

Variáveis de processo dos modelos de remuneração dos serviços de saúde				
Tipo de modelo	Remuneração variável*	Incentivo ao moral hazard**	Incentivo a seleção adversa de risco	Cuidado de saúde baseado na melhor evidência
Fee-for-Service	Não	Sim	Não	Não
Assalariamento	Não	Sim	Sim	Não
Prepaid / Capitation	Sim, no modelo híbrido com bônus	Não	Sim	Sim
Bundled Payments	Não	Não	Não	Sim
Pagamento por Performance	Sim	Não	Não	Sim
Tipo de modelo		Incentivo à produção	Incentivo à produtividade	Risco de subutilização de cuidados necessários
Fee-for-Service	Sim	Sim		Não
Assalariamento	Não	Não		Possível
Prepaid / Capitation	Não	Não		Sim
Bundled Payments	Não	Sim		Não
Pagamento por Performance	Não	Sim		Não

*Remuneração variável: em função da complexidade técnica, do tempo de execução, da atenção requerida e do grau de treinamento do profissional que o realiza.

**Moral hazard (Risco moral): comportamento em que os clientes tendem a utilizar mais consultas e serviços quando possuem um plano de saúde

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da literatura nacional e internacional.

Tabela 5 - Variáveis de resultados dos modelos de remuneração dos serviços de saúde

Variáveis de resultados dos modelos de remuneração dos serviços de saúde				
Tipo de modelo	Incentivos para uso racional dos recursos	Capaz de avaliar o desempenho dos médicos	Capaz de avaliar resultados da atenção à saúde	Indicadores de qualidade do cuidado
Fee-for-Service	Não	Não	Não	Não
Assalariamento	Não	Não	Não	Não
Prepaid / Capitation	Sim	Sim	Sim	Sim
Bundled Payments	Sim	Sim	Sim	Sim
Pagamento por Performance	Sim	Sim	Sim	Sim
Tipo de modelo	Pagamento prospectivo (pré-pagamento)	Pagamento retrospectivo (pós-pagamento)	Estimula o comportamento preventivo	Forma de pagamento por procedimento individual
Fee-for-Service	Não	Sim	Não	Sim
Assalariamento	Sim	Não	Não	Não
Prepaid / Capitation	Sim***	Não****	Sim	Não
Bundled Payments	Sim	Possível	Possível	Não
Pagamento por Performance	Mix de pré e pós-pagamento	Mix de pré e pós-pagamento	Indiferente	Não

***Capitação pode adotar mix de pré e pós-pagamento

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da literatura nacional e internacional.

No contexto internacional, especificamente no mercado de seguros e planos privados de saúde, têm-se assistido ao surgimento de novos produtos, como o que se convencionou chamar no mercado americano de *Value-Based Insurance Products*. As principais características desses produtos são: atrelar pagamento à qualidade do cuidado prestado; recompensar os prestadores de serviços pela qualidade e pela eficiência na atenção à saúde; aumentar a qualidade do serviço e diminuir o crescimento nos gastos em saúde.

De um modo geral, tanto a iniciativa dos *Shared Savings Program* (SSP) quanto a dos *Bundled Payments* pode ser agrupada dentro da categoria dos novos modelos de remuneração e compartilhamento de risco, surgidos nas reformas internacionais e que são orientados por *valores de qualidade e eficiência*.

Novos Modelos de Remuneração e Compartilhamento de Risco, orientados para qualidade da atenção e eficiência do sistema:

1. Shared Savings Program (SSP)
2. Bundled Payments for Care Improvement (BPCI)
 - 2.1. Bundled Payments for Acute Care (Inpatient Only);
 - 2.2. Bundled Payments for Episodes of Care;
 - 2.3. Condition-specific Budget (Medical Home)

Embora deva-se destacar que a utilização dos *Shared Savings* na reforma americana da saúde - no âmbito do *Obamacare* - não tenha imposto necessariamente uma mudança do modelo de pagamento dos prestadores de saúde para sua implantação; a estratégia dos SSP em geral foi implementada em contextos de pagamento *Fee-for-Service*, em modelos mistos de remuneração, como captação, ou dos próprios *Bundled Payments*. Em suma, o sistema de compartilhamento de economias (SSP) pode ser considerado um instrumento complementar a outros modelos de pagamento de prestadores, contemplando dois objetivos primordiais: (1) melhora dos cuidados em saúde no nível individual e conjunto da população; (2) diminuição do aumento nos gastos em saúde. Não existem relatos de implementação de modelos mistos dessa natureza no Brasil.

Esse conjunto de modelos mais inovadores poderia ser agrupado sob a lógica do alcance ou do seu impacto sobre a reorganização dos arranjos assistenciais, visto que está orientado para a qualidade e eficiência, podendo ser complementar quando de sua implementação:

Potencial dos Novos Modelos de Remuneração e Compartilhamento de Risco, para Reorganização dos Arranjos Assistenciais

Reorganização dos Arranjos Assistenciais

- **Population-Based Payment - ACO's** – Responsável por todos os serviços prestados a um população específica. Representado pela experiência das ACO's. Compromisso com saúde da população no nível coletivo e individual, metas de qualidade e diminuição do crescimento dos custos.
- **Episode / Specific-condition Bundled Payments** – Responsável por serviços e condições de saúde selecionados. Ajudam a garantir que diferenças no cuidado em saúde sejam minimizados e a incluir os especialistas no processo de coordenação do cuidado.

Os modelos agrupados dentro do que se convencionou denominar *Bundled Payments for Care Improvement (BPCI)* podem efetivamente ser denominados *episode-based*, porque devem cobrir os custos de todos os serviços prestados durante um episódio/evento em saúde. Os BPCI exigem que o prestador assuma riscos financeiros pelo custo dos serviços envolvendo uma determinada condição de saúde ou um tratamento, bem como os custos de possíveis complicações que poderiam ter sido evitadas. Pode-se exemplificar tomando a definição de um episódio que poderia começar 3 dias antes de uma cirurgia de artroplastia de joelho e se estenderia por 30 dias após a alta hospitalar do paciente. Também é imprescindível destacar que essa modalidade é denominada *bundled* porque o pagamento dos serviços ou do cuidado em saúde pode ser realizado por diferentes prestadores de serviços e ser “agrupado” em um único pagamento - podendo o mesmo ser prospectivo ou retrospectivo. Assim, esse valor é rateado entre os prestadores conforme o devido.

Na Tabela 6 é apresentada a classificação dos *Bundled Payments* conforme tipologia proposta pelo próprio *Centers for Medicare e Medicaid Services* do Departamento de Saúde dos Estados Unidos.

Tabela 6 – Tipologia dos *Bundled Payments for Care Improvement (BPCI)* - Classificação da Remuneração de Prestadores de Serviços

Características	Modelo 1: Internação Hospitalar Serviços para todos os DRGs	Modelo 2: Hospitalar e Médico Internação e Serviços Pós-Alta	Modelo 3: Serviços Pós-Alta Exclusivamente	Modelo 4: Hospitalar e Médico Regime de Internação
Participantes Elegíveis	Grupos de médicos, hospitais de agudos, PHOs	Prestadores do Modelo 1 + Prestadores de serviços de cuidado pós-agudo	Prestadores do Modelo 1 + cuidados pós-agudo + cuidados prolongados, reabilitação, home-care	Prestadores do Modelo 1
Condições Clínicas	Todos os DRGs do Medicare	DRGs selecionados (inpatient DRGs)		
Serviços Incluídos	Serviços sob regime de internação hospitalar	Serviços sob regime de internação hospitalar; cuidados pós-agudo e readmissões relacionadas	Cuidado pós-agudo; readmissões relacionadas	Serviços sob regime de internação hospitalar; readmissões relacionadas
Descontos Previstos	2% em 3 anos	Mínimo de 3% para 30 a 89 dias pós alta; mínimo de 2% para + 90 dias pós-alta	Não estabelecido mínimo. Proposto pelos participantes.	Mínimo de 3%
Pagamento de Prestadores	Para médicos no FFS	Modelo Tradicional do FFS, sujeito a ajustes.		Pagamento Prospectivo; hospitais re-distribuem pagamento aos médicos vinculados
Medidas de Qualidade	Todos as medidas do Hospital Inpatient Quality Reporting Program (IQR) + outras medidas eventualmente propostas	Propostas pelos prestadores participantes. CMS estabelece um conjunto de mínimo de métricas padronizadas alinhadas à medidas de outros Programas de Qualidade do CMS.		

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados no site do CMS/EUA. Disponível em: <https://www.cms.gov>.

Já os modelos de *Population-Based Payments*, dos quais a ACO é o principal expoente, nasceram dentro do contexto da reforma do sistema de saúde americano, quando da publicação do *Affordable Care Act (Obamacare)*, em que uma das exigências era a criação das Accountable Care Organizations (ACO), no âmbito do *Medicare*. Dentro desse novo modelo de organização e funcionamento da rede de prestação de serviço, as ACO's podem ser definidas como grupos de prestadores de serviços, médicos, hospitais e outros provedores, que se juntam voluntariamente para oferecer cuidados em saúde de alta qualidade de modo coordenado a seus pacientes do *Medicare*. Esses *players* definem os mecanismos de governança compartilhada em termos da prestação dos serviços e do pagamento.

O objetivo principal das ACO's é garantir que os pacientes, principalmente os com doenças crônicas não-transmissíveis, tenham acesso a tratamento adequado e oportuno, evitando, assim, a duplicação de serviços e prevenindo erros médicos. Quando há êxito na implementação da ACO – alta qualidade e gastos apropriados – há partilha entre os prestadores da economia gerada. Esse mecanismo de partilha dos *savings* refere-se ao já referido *Shared Savings Program (SSP)*.

Em tese, não há que se falar em modelos de remuneração de serviços voltados às populações específicas como a dos idosos. Autores especializados no tema postulam que os modelos de remuneração são orientados ao contexto de sua implementação, seja do hospital, da atenção especializada, da atenção primária ou de um conjunto de profissionais de saúde.

Algumas características, no entanto, que são ressaltadas quando da construção de um modelo de cuidado, podem servir de parâmetro para que se possa refletir sobre a adequação desta ou daquela forma de remuneração da atenção ao idoso. A primeira delas é a reorganização dos arranjos assistenciais para prestação do cuidado às pessoas idosas. A principal diretriz dessas mudanças nos arranjos assistenciais, que também envolvem a remuneração dos serviços, deve ter em conta que a população idosa, mesmo entre idosos saudáveis, possui algum grau de fragilidade, sendo necessário que seja identificado esse risco de fragilização precocemente, a fim de que medidas preventivas possam ser estabelecidas, mantendo esse idoso, por maior tempo possível, em uma condição de autonomia e independência. Para tanto, instrumentos de rastreio dessa fragilidade, que possuem um caráter multidimensional e não somente clínico, devem ser criados ou aperfeiçoados à realidade brasileira. A complexidade desse modelo mais integrativo e contínuo do cuidado em saúde, típico de populações mais sujeitas às doenças crônicas, requer profundas mudanças nos modelos de pagamento dos prestadores de saúde para que possam de fato acontecer atreladas às mudanças na lógica do modelo assistencial.

Outro aspecto a ser ressaltado é a necessidade de coordenação do cuidado, no sentido do estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência, para que os dispositivos que compõem a rede assistencial estejam em sintonia e facilitem o itinerário do idoso pelas suas diferentes estruturas (atenção primária, unidades de acolhimento - retaguarda, emergências, hospitais e serviços de cuidados prolongados e paliativos).

Esse novo desenho torna necessária a adequação das estruturas da rede e dos profissionais que a integram, capacitando-os para reconhecer essa nova lógica de cuidado e construindo um sistema de informação em saúde que estabeleça os caminhos necessários para um cuidado mais integrativo.

Para dar conta dessa nova e urgente demanda da sociedade, modelos alternativos de remuneração devem ser implementados, de modo a romper com o círculo vicioso de sucessão de consultas fragmentadas e descontextualizadas da realidade social e de saúde da pessoa idosa.

Dentro do modelo hoje utilizado, não há como se desenvolver estruturas com menor utilização de tecnologias. Isso pode ser facilmente exemplificado quando comparamos leitos de UTI com leitos utilizados para o cuidado paliativo. Não é de se estranhar que hoje na saúde suplementar brasileira existam tantos leitos de alta tecnologia (UTI) e quase nenhum leito de cuidado paliativo.

O mesmo desenho é visto no que toca a formação das especialidades médicas. Não é sem motivos que as vagas mais disputadas para residência médica sejam: anestesia, oftalmologia e alguns tipos de cirurgia. A formação de especialistas em áreas de menor utilização de procedimentos e de tecnologia não é priorizada. É realidade a frase utilizada pelo *Institute for Healthcare Improvement - IHI*, para descrever a situação dos sistemas de saúde: “*Todo sistema é perfeitamente desenhado para atingir os resultados que atinge.*”

Um dos principais modelos alternativos de remuneração citados na literatura internacional como adequado ao cenário de prevalência de doenças crônicas é o sistema híbrido, que absorve a modalidade

de remuneração fixa, como, por exemplo, o *capitation*, associado à bonificação pela *performance*. No caso do cuidado integral aos idosos essa proposta parece ser um modelo inovador que merece ser considerado.

O certo é: com o modelo atual de remuneração, o cuidado relacionado ao envelhecimento não somente não se dará na sua completude como também terá resultados cada vez piores, tanto assistenciais como financeiros.

Referências do Capítulo

¹ Santos, Isabela Soares, Maria Alicia Dominguez Ugá, e Silvia Marta Porto. 2008. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. *Cien Saude Colet* 13, no. 5: 1431-1440.

² Fundação Oswaldo Cruz, e Fundação Oswaldo Cruz. 2012. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro.

³ Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America. 2001. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academy Press.

⁴ Struijs, Jeroen N, and Caroline A Baan. 2011. *Integrating care through bundled payments—lessons from the Netherlands*. New England Journal of Medicine 364, no. 11: 990-991.

⁵ Sood, Neeraj, Peter J Huckfeldt, José J Escarce, David C Grabowski, and Joseph P Newhouse. 2011. *Medicare's bundled payment pilot for acute and postacute care: analysis and recommendations on where to begin*. Health Affairs 30, no. 9: 1708-1717.

⁶ Reuben, David B, and Mary E Tinetti. 2012. *Goal-oriented patient care—an alternative health outcomes paradigm*. New England Journal of Medicine 366, no. 9: 777-779.

⁷ Mechanic, Robert E, and Stuart H Altman. 2009. *Payment reform options: episode payment is a good place to start*. Health Affairs 28, no. 2: w262-w271

⁸ Harbrecht, Marjie G, and Lisa M Latts. 2012. *Colorado's Patient-Centered Medical Home Pilot met numerous obstacles, yet saw results such as reduced hospital admissions*. Health Affairs 31, no. 9: 2010-2017.

⁹ Sobre ACO Sacks, Lee B. 2011. *Getting to There from Here: Evolving to ACOs Through Clinical Integration Programs*.

¹⁰ POF, IBGE. 2010. Pesquisa de orçamento familiar 2008-2009.

¹¹ OMS. Health Systems Financing. *The path to universal coverage*. The World Health Report. 2010. World Health Organization.

¹² Quill, Timothy E, and Amy P Abernethy. 2013. *Generalist plus specialist palliative care—creating a more sustainable model*. New England Journal of Medicine 368, no. 13: 1173-1175.

¹³ Petersen, Laura A, LeChauncy D Woodard, Tracy Urech, Christina Daw, and Supicha Sookanan. 2006. *Does pay-for-performance improve the quality of health care?* Annals of internal medicine 145, no. 4: 265-272.

¹⁴ Benzer, Justin K, Gary J Young, James F Burgess Jr, et al. 2014. *Sustainability of quality improvement following removal of pay-for-performance incentives*. Journal of general internal medicine 29, no. 1: 127-132.

¹⁵ Collier, Roger. 2012. Professionalism: *How payment models affect physician behavior*. Canadian Medical Association Journal 184, no. 12: E645-E646.

¹⁶ Kecmanovic, Milica, and Jane P Hall. 2015. *The use of financial incentives in Australian general practice*. The Medical journal of Australia 202, no. 9: 488-491.

¹⁷ Khullar, Dhruv, Dave A Chokshi, Robert Kocher, et al. 2015. *Behavioral economics and physician compensation—promise and challenges*. New England Journal of Medicine 372, no. 24: 2281-2283.

¹⁸ Lester, Helen, Tatum Matharu, Mohammed A Mohammed, David Lester, and Rachel Foskett-Tharby. 2013. *Implementation of pay for performance in primary care: a qualitative study 8 years after introduction*. Br J Gen Pract 63, no. 611: e408-e415.

¹⁹ Berwick, Donald M. 2011. *Launching accountable care organizations—the proposed rule for the Medicare Shared Savings Program*. New England Journal of Medicine 364, no. 16: e32.

²⁰ Berwick, Donald M. 2011. *Making good on ACOs' promise—the final rule for the Medicare shared savings program*. New England Journal of Medicine 365, no. 19: 1753-1756.

²¹ Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), HHS. 2011. *Medicare program; Medicare Shared Savings Program: Accountable Care Organizations*. Final rule. Federal Register 76, no. 212: 67802

²² Rittenhouse, Diane R, Stephen M Shortell, and Elliott S Fisher. 2009. *Primary care and accountable care—two essential elements of delivery-system reform*. New England Journal of Medicine 361, no. 24: 2301-2303.

²³ Paim, Jairnilson, Claudia Travassos, Celia Almeida, Ligia Bahia, and James Macinko. 2011. *The Brazilian health system: history, advances, and challenges*. The Lancet 377, no. 9779: 1778-1797.

²⁴ Piola, Sérgio F, Andrea Barreto de Paiva, Edvaldo Batista de Sá, Luciana Mendes Santos Servo. 2013. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo.

²⁵ World Bank. 1994. *Averting the old-age crisis: policies to protect the old and promote growth*. Oxford University Press, Nova York.

²⁶ Castro, Mônica Silva Monteiro, Cláudia Travassos, e Marília Sá Carvalho. 2002. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* 7, no. 4: 795-811.

²⁷ Ginsburg, Paul B. 2012. *Fee-for-service will remain a feature of major payment reforms, requiring more changes in Medicare physician payment*. Health Affairs 31, no. 9: 1977-1983.

²⁸ Crespo-Cebada, Eva, and Rosa M Urbanos-Garrido. 2012. *Equity and equality in the use of GP services for elderly people: The Spanish case*. Health policy 104, no. 2: 193-199.

²⁹ Neto, Vecina G. 2011. Serviços de assistência direta ao paciente. Vecina Neto G, Malik AM. Gestão em saúde. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan: 209-29.

CONSIDERAÇÕES FINAIS COMO PROVAR QUE ESSE MODELO É VIÁVEL?

Transformar a lógica do cuidado em saúde no Brasil é hoje um grande desafio e também uma necessidade. Isso ganha uma relevância ainda maior quando falamos da atenção à saúde de pessoas em situações de maior vulnerabilidade, como é o caso dos idosos. Esse tipo de mudança, de inovação, é preciso ser construída no cotidiano dos serviços, na formação dos profissionais de saúde, na forma como o sistema de saúde é gerido e organizado para a assistência e em seu financiamento. Destacamos que não há como falar de reorganização da prestação dos serviços sem falar de modelos de remuneração, pois um determina o outro. Precisamos enfrentar este debate para que possamos avançar em direção à maior qualidade do cuidado em saúde e para que seja possível remunerar de forma adequada outras instâncias de cuidado e novas formas de produzir saúde - como as instâncias de cuidado de transição - imprescindíveis num cenário de prevalência de doenças crônicas.

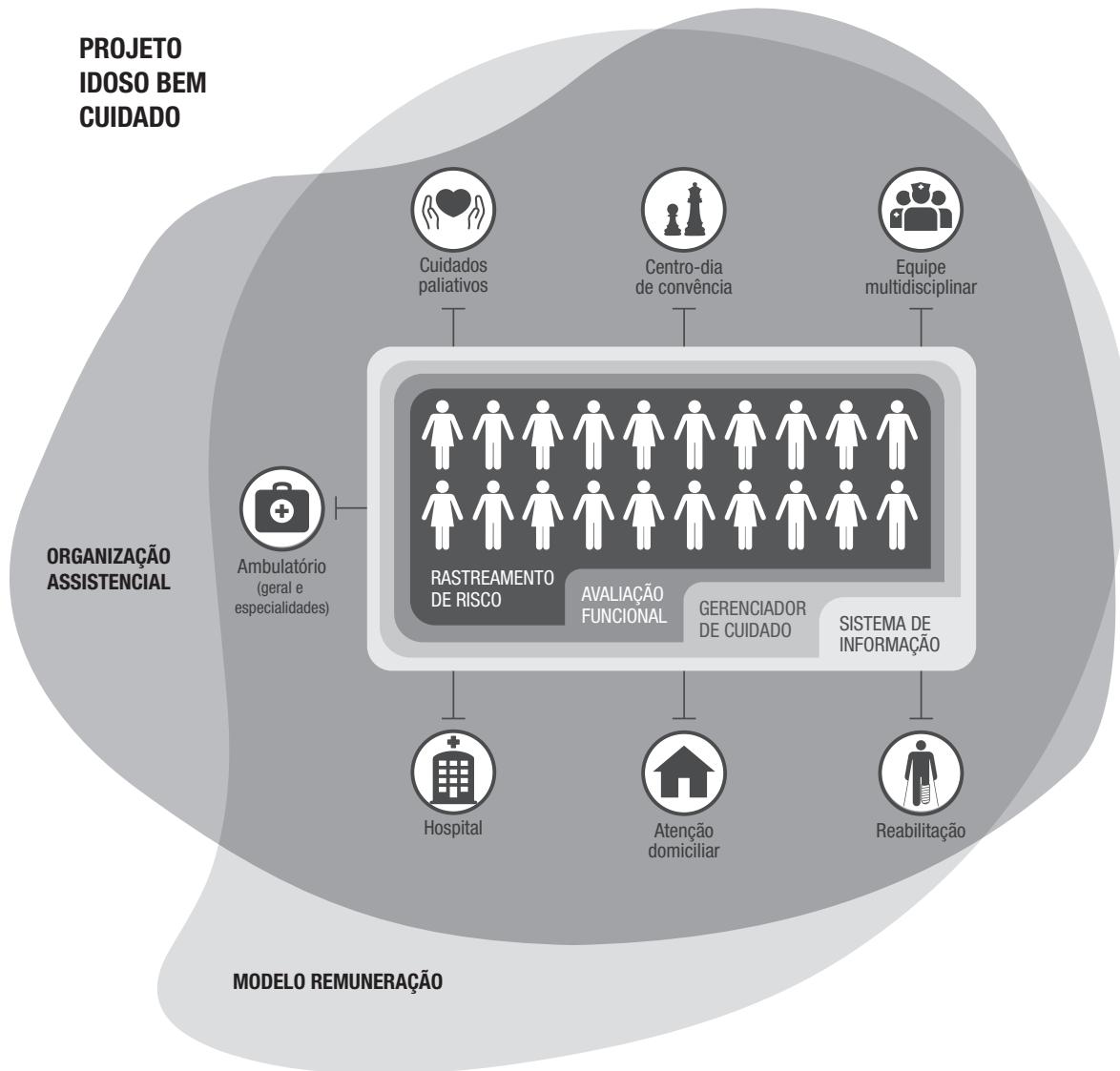
Pretendemos também deixar claro que a proposta, apresentada neste livro, não tem por objeto apenas a discussão de mecanismos de redução dos custos crescentes em saúde. Este fator é um elemento importante do contexto, como tantos outros que nos movem em busca de um objetivo mais amplo que é o cuidado integral ao idoso. O modelo apresentado tem por compromisso e meta a melhoria da qualidade e da coordenação do atendimento prestado desde a porta-de-entrada no sistema e por todo o continuum do cuidado, evitando redundâncias de exames e prescrições, interrupções na trajetória do usuário e a iatrogenia gerada pela desarticulação das intervenções em saúde. Como consequência, poderemos observar no tempo a utilização mais adequada dos recursos do sistema como um todo - tanto por profissionais de saúde quanto pelo próprio paciente. O hospital e a emergência sempre serão instâncias de cuidado importantes para a atenção à saúde, mas é preciso redefinir e recriar a função que exercem na rede assistencial atualmente. Estas unidades de cuidado devem ser reservadas para os momentos de agudização da doença crônica, e não como porta-de-entrada do sistema. Há muita coisa inovadora acontecendo no mundo que vai ao encontro desta direção, como os Community Hospitals da Europa e dos Estados Unidos. Enfim, o modelo proposto reforça a necessidade de integração do cuidado por meio da figura do navegador – profissional de saúde, em geral enfermeiro – com a responsabilidade de conduzir e articular os diferentes momentos do percurso do paciente pela rede assistencial, um misto de alguém que “guia” e “costura” o cuidado conforme a necessidade do paciente. A proposta apresentada também contempla e valoriza muito o que aqui denominamos “estruturas de apoio ao cuidado integral no continuum do cuidado”, que representam o que hoje está mais à margem da assistência prestada aos idosos no país, que são os cuidados de fim de vida, os cuidados paliativos e a atenção domiciliar.

Só existe uma forma de provar que esse modelo, tão debatido e estudado no mundo é viável de ser aplicado na saúde suplementar brasileira: testando e provando.

É para isso que descrevemos esse modelo.

A partir de agora, iremos aplicar esse modelo em instituições piloto, que queiram ser parceiras e temos certeza que em pouco tempo, teremos resultados assistenciais e financeiros que demonstrem o que foi aqui descrito. É possível. Foi assim no projeto Parto Adequado, onde os resultados maiores que os planejados aconteceram vários meses antes da meta proposta, e será assim nesse Projeto Idoso Bem Cuidado na saúde suplementar.

Figura 1 - Projeto Idoso Bem Cuidado



Fonte: elaboração própria.

ANEXOS

ANEXO I - LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS, QUADROS E FIGURAS

Capítulo 1

- Tabela 1 – Estabelecimentos de saúde por atendimento a planos privados de saúde, segundo tipo de prestador – Brasil, 2016
Gráfico 1 – Correlação da Expectativa de Vida em Países Selecionados e Gastos per capita em Saúde - 2013
Gráfico 2 – Pirâmide Etária da População Brasileira, por sexo - Brasil, 2016
Gráfico 3 – Pirâmide Etária da População de Beneficiários de Planos de Assistência Médica, por sexo - Brasil, 2016
Gráfico 4 – Cobertura de planos privados de assistência médica na população brasileira, segundo faixa etária e sexo – Brasil, 2016
Gráfico 5 – Distribuição Percentual dos beneficiários com 60 anos e mais por tipo de contratação do plano, sexo e faixa etária – Brasil, 2016
Gráfico 6 – Série Histórica da participação da população idosa na carteira das operadoras por modalidade de operadoras – Brasil, 2010 a 2015
Gráfico 7 – Distribuição percentual do tipo de abrangência do plano privado de saúde por modalidade das operadoras – Brasil, 2016
Tabela 2 – Comparação da Distribuição Proporcional de Idosos na população de beneficiários da saúde suplementar e na população brasileira, por Estados da Federação, para os anos 2000 e 2015
Tabela 3 – Distribuição das Principais Causas (grupo CID-10) de Internação entre Idosos em 51 hospitais privados que atendem à saúde suplementar – Brasil, 2015
Gráfico 8 – Tempo Médio de Permanência na Internação de Beneficiários da Saúde Suplementar por Faixa Etária – Brasil, 2º semestre de 2015
Gráfico 9 – Tempo Médio de Permanência na Internação de Beneficiários da saúde suplementar, por faixa etária e origem da internação – Brasil, 2º semestre de 2015
Tabela 4 – Distribuição das Principais Causas de Internação, por Grupo da CID-10, entre idosos beneficiários de planos privados de saúde internados em hospitais públicos (SUS) - Brasil, 2013

Capítulo 2

- Figura 1 – Arranjos Assistenciais a partir do Modelo das Accountable Care Organizations - ACO's

Capítulo 3

- Figura 1 – Cuidado Integrado à Pessoa Idosa
Figura 2 – O Principal no Modelo Hierarquizado
Figura 3 – Modelo de Decisão no Cuidado à Saúde do Idoso

Capítulo 4

- Tabela 1 – Frequência de idosos com cobertura de plano privado de saúde na emergência hospitalar da Saúde Suplementar – Brasil, 2ª semestre de 2015
Figura 1 – Modelo de Gerenciamento do Cuidado a partir da Emergência

Capítulo 5

- Figura 1: Fluxograma do processo de inclusão na unidade de atenção geriátrica
Quadro 1: Elementos Essenciais para o Cuidado do Idoso no Hospital
Quadro 2: Critérios de inclusão e exclusão no programa HELP

Quadro 3: Intervenções do Hospital Elder Life Program

Quadro 4: Critérios de inclusão de idosos no Cuidado de transição

Quadro 5: Pilares das atividades de transição de cuidado por estágio de intervenção

Figura 2 – Modelo do Cuidado Hospitalar do Idoso e os Pilares da Intervenção de Transição

Capítulo 6

Quadro 1 – Definição e Contexto dos Cuidados Paliativos no Mundo

Gráfico 1 - Grau de desenvolvimento de Cuidados Paliativos de acordo com Index da Associação Latino-Americana de Cuidados Paliativos (ALCP)

Quadro 2 - Patologias que requerem Cuidados Paliativos

Gráfico 2 – Distribuição de adultos com necessidades de cuidados paliativos no fim da vida por grupos de diagnóstico da CID

Gráfico 3 - Distribuição da população por faixa etária com necessidades de cuidados paliativos, em algum ciclo da vida

Quadro 3 – Itens relacionados às dificuldades em realizar as atividades habituais em pessoas idosas

Gráfico 4 - Realização de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) em Pessoas Idosas, segundo posse de plano privado de saúde - Brasil, 2013

Gráfico 5 - Realização de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) em Pessoas Idosas, segundo posse de plano privado de saúde - Brasil, 2013

Gráfico 6 - Realização de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) em Pessoas Idosas, segundo posse de plano privado de saúde - Brasil, 2013

Capítulo 7

Gráfico 1 – Comparativo da Média de Gastos em Saúde Per Capita – valores em US\$ PPP - World Bank - 2013

Gráfico 2 – Projeções de crescimento da população idosa com 80 anos e mais em países selecionados da OCDE e Brasil, 2016 e 2050

Tabela 1 – Comparativo dos Gastos em Saúde, por fonte de financiamento, em países selecionados 2014 – valores em US\$ PPP

Quadro 1 – Descrição dos Tipos de Fontes de Financiamento por País selecionado

Tabela 2 – Tipologia e Características das Formas de Remuneração da Prestação de Serviços de Saúde

Tabela 3 - Variáveis de infraestrutura dos modelos de remuneração dos serviços de saúde

Tabela 4 - Variáveis de processo dos modelos de remuneração dos serviços de saúde

Tabela 5 - Variáveis de resultados dos modelos de remuneração dos serviços de saúde

Tabela 6 – Tipologia dos de Bundled Payments for Care Improvement (BPCI) - Remuneração de Prestadores de Serviços classificação

Considerações Finais

Figura 1 - Projeto Idoso Bem Cuidado

ANEXO II – PROPOSTA DE DADOS MÍNIMOS PORTÁVEIS PARA O IDOSO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Bloco 1. Dados Pessoais

1. Nome Completo
2. Apelido
3. Número do Cartão SUS
4. Documento de Identidade
5. CPF
6. Nome Completo da Mãe
7. Data de Nascimento
8. Sexo
 Feminino Masculino
9. Município de Nascimento/UF
10. Naturalidade
11. País de Nascimento
12. Anos de escolaridade?
 Não estudou
 1 a 4 anos
 5 a 8 anos
 8 a 12 anos
 Mais de 12 anos
13. Ocupação / profissão
14. Situação Conjugal
 Solteiro Casado(a)/convive com parceiro divorciado
 viúvo - Desde quando (ano)? _____
 outro
- 15 Referências Médicas e de outros profissionais de saúde:
Médico: _____
Especialidade: _____
 Clínico Geral Geriatra Cardiologista
Fisioterapeuta: _____
Psicólogo: _____
16. Tem alguma alergia de maior gravidade?
 Sim Não
Se sim, qual? _____
17. Tem alguma deficiência (visual, auditiva, física ou outra)
 Sim Não
Se sim, qual? _____

1.2. Informações Sociais e Familiares

18. Você mora sozinho(a)?
 Sim Não
19. Você recebe aposentadoria ou pensão?
 Sim Não
20. Possui alguma pessoa que possa ser contactada em caso de urgência?
 Sim Não
Se sim, informe nome e telefone:
Nome: _____
Telefone: _____

Bloco 2. Avaliação da Pessoa Idosa

2.1. Medicamentos, fitoterápicos, suplementos e vitaminas em uso

21. Nome do medicamento
22. Concentração do medicamento
23. Dose e Frequência
24. Data de início ou tempo de uso

2.2. Diagnóstico e Internações Previos

25. Marque as opções abaixo:

Condições de saúde (diagnósticos)	
Condições crônicas sensíveis à atenção básica	Acidente vascular cerebral (AVC) ou derrame
	Anemia
	Asma
	Diabetes mellitus
	Doença arterial coronariana
	Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)
	Epilepsia
	Hipertensão arterial
	Insuficiência cardíaca
Condições frequentes	Úlcera péptica
	Depressão
	Incontinência urinária
	Incontinência fecal
Outras condições (diagnósticos)	Insuficiência cognitiva (demência)

2.3. Cirurgias Realizadas

26. Relate as cirurgias realizadas ao longo da sua vida:

Cirurgia	Ano	Observações

2.4. Dados antropométricos

27. Informe os dados listados na tabela:

	20__	20__	20__	20__	20__
Peso					
Altura					
IMC = peso/altura ²					
Perímetro da panturrilha (PP) esquerda					

Índice antropométrico	Pontos de corte	Classificação do estado nutricional
IMC	< 22 kg/m ²	Baixo peso
Peso (Altura) ²	≥ 22 e ≤ 27 kg/m ²	Peso adequado
	> 27 kg/m ²	Sobrepeso

* Perda de peso não intencional é aquele emagrecimento que não aconteceu por decisão própria. Caso isso ocorra, as possíveis causas devem ser investigadas.

2.5. Protocolo de identificação do idoso vulnerável (definir qual e substituir por AVD e AIVD)

28. Em geral, comparando-se com outras pessoas da sua idade, você diria que sua saúde é:

29. Marque as opções abaixo, conforme a orientação:

3. LIMITAÇÃO FÍSICA

Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas?

PONTUAÇÃO:

As respostas "muita dificuldade" ou "incapaz de fazer" valem 1 ponto cada. Todavia, a pontuação máxima neste item é de 2 pontos, ainda que a pessoa tenha marcado ter "muita dificuldade" ou ser "incapaz de fazer" as 6 atividades listadas.

	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Média (alguma) dificuldade	Muita dificuldade	Incapaz de fazer (não consegue fazer)
Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se					
Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 kg					
Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro					
Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos					
Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)					
Fazer serviço doméstico pesado, como esfregar o chão ou limpar janelas					

2.6. Histórico de Quedas

Quedas são frequentes em pessoas idosas, mas podem ser evitadas. As suas principais consequências são fraturas, traumatismo craniano, contusão muscular e, principalmente, o medo de cair.

30. Caso já tenha sofrido alguma queda, responda às seguintes perguntas:

Data da queda (mês/ano)	Qual foi o local da queda?		A queda causou alguma fratura?		Você parou de realizar alguma atividade por medo de cair novamente?	
	Dentro de casa	Fora de casa	Sim (qual?)	Não	Sim	Não

2.7. Identificação de Dor Crônica

31. Você tem alguma dor com duração igual ou superior a 3 meses?

Sim Não

2.8. Hábitos de Vida

Interesse Social e lazer

32. Você frequenta centros-dia, clubes ou grupos de convivência?

Sim Não

Atividade Física

33. Você pratica algum tipo de atividade física (caminhadas, natação, dança, ginástica, outros) pelo menos 3 vezes por semana?

Sim Não

Alimentação

34. Você come frutas, legumes e verduras nas suas refeições ao longo do dia?

Sim Não

35. Você tem o costume de consumir bebidas açucaradas, bolos, biscoitos recheados e sobremesas?

Sim Não

36. No preparo de suas refeições é utilizada grande quantidade de óleos, gorduras, açúcar e sal?

Sim Não

Tabagismo

37. Você fuma algum produto derivado do tabaco (cigarro, fumo de rolo)?

Sim Não

38. Você é ex-fumante?

Sim Não

Se sim, desde quando (mês /ano): _____ / _____

Álcool

39. Você consome alguma bebida alcoólica (cerveja, cachaça, uísque, vodka, vinho)?

() Sim () Não

3. Controle da Pressão Arterial

40. Mantenha atualizados os dados de controle da pressão arterial

Data	PA	Data	PA	Data	PA

4. Calendário de Vacinação

Procure manter seu calendário de vacinação em dia. Busque sua unidade de saúde para mais informações.

41. Preencha os dados a seguir:

Influenza (gripe)				
Data	/	/	/	/
Lote				
Ass.				

Dupla Tipo Adulto (dT)				
	1 ^a dose	2 ^a dose	3 ^a dose	Reforço
Data	/	/	/	/
Lote				
Ass.				

Antipneumocócica			Outras vacinas: _____	
	1 ^a dose	Reforço		
Data	/	/	/	/
Lote				
Ass.				

Periodicidade indicada das vacinas:

- **Contra Influenza (gripe):** a cada ano.
- **Contra difteria e tétano (dupla adulto):** a cada 10 anos.
- **Contra pneumonia causada por pneumococo:** por recomendação do profissional de saúde.
- **Contra febre amarela:** a cada 10 anos, se for residente em regiões onde a doença ocorre ou quando for viajar para essas regiões.

5. Avaliação de Saúde Bucal

42. Você foi ao dentista no último ano?

() Sim () Não

43. Se sim, informe a data da última consulta: ____/____/____.

6. Campos para Transição do Cuidado

44. Agendamento de consulta após alta hospitalar

45. Acompanhamento necessário para reabilitação

46. Anotação de dúvidas do paciente/família no manejo do cuidado, com medicações e exames a serem realizados

47. Alerta para sintomas de alerta

ANEXO III – MATRIZ DE INDICADORES DE MONITORAMENTO DO CUIDADO INTEGRAL AO IDOSO

Áreas de Interesse	Indicadores	Definições / Objetivos
Integração da Rede de Atenção	Indicadores de Atenção Coordenada	
	Número de Consultas por médicos generalista/ equipe interdisciplinar	Estreitar e aperfeiçoar a articulação entre as equipes da atenção básica e as equipes dos demais componentes da RAS, para garantir maior resolutividade dos cuidados prestados à população idosa
	Proporção de idosos com Estratificação de Risco e Avaliação Funcional	Triagem que determina, com base em sinais de alerta e segundo os riscos, o tempo e local para se prestar o atendimento, gera a classificação de Risco e da funcionalidade.
	Proporção de Idosos com Plano de Cuidado definido	Pano de Cuidado definido com base na estratificação de risco, é o conjunto dos diagnósticos biopsicosociais e funcionais do indivíduo, associados às intervenções promocionais, preventivas, curativas, paliativas e/ou reabilitadoras capazes de manter ou recuperar a sua saúde.
	Número de Consultas e Procedimentos por risco estratificado	Número de consultas e procedimentos abaixo ou acima do esperado na dependência do risco
	Número de pacientes em uso de Polifarmácia	Avaliar o risco de iatrogenia devido a polifarmácia, como o uso de fármacos controlados (anti-psicóticos, benzodiazepínicos); Uso de cinco ou mais medicamentos diferentes; Hospitalizações de Emergência por Eventos Adversos relacionados à medicamentos
	Taxa de utilização do Prontuário Eletrônico do Paciente	Mede a utilização de prontuários clínicos eletrônicos, ferramenta capaz de registrar e armazenar dados usuários por estratos de riscos e de prover alertas e feedbacks aos profissionais de saúde e aos usuários (Sistema de informação) ferramenta útil, tipicamente, na gestão do cuidado, ressalta-se a importância e complementaridade no registro e sistematização das informações produzidas.
	Relação de consultas com médicos com perfil generalista/ especialistas	Integração entre o cuidado dos generalistas e dos especialistas e diminuição das referências para especialistas.
Atenção Primária	Indicadores de Acesso e Resolubilidade da Atenção Primária	
	Disponibilidade de Atendimento	Disponibilidade de agendamento de consultas com brevidade com médicos da Atenção Primária, para atendimento de descompensações agudas que seja uma alternativa ao serviços de emergência
	Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)	Hospitalizações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) – pneumonias bacterianas, complicações da diabetes, hipertensão e asma.
	Indicadores de Resultado/ Desfecho	
	Número de Idas ao Pronto Socorro em 3 meses por estratificação de risco	Número de idas ao Pronto Socorro na dependência do risco.
	Número de Internações em 6 meses por estratificação de risco	Número de Internações na dependência do risco.
	Proporção de idosos com as condições crônicas dentro das Metas Terapêuticas	Definição de metas terapêuticas individualizadas e priorização dos cuidados para buscar melhores resultados nas condições crônicas, como o controle adequado da PA em HAS, Hbglc no DM.

continua

Áreas de Interesse	Indicadores	Definições / Objetivos
Atenção Primária	Indicadores de Satisfação/ Experiência do Paciente	
	Grau de satisfação do Paciente	Média de avaliação na pós consulta
Educação em Saúde	Educação em Saúde	
	Proporção de ações de educação permanente implementadas e/ou realizadas.	Implantação das Diretrizes Clínicas orientam as decisões assistenciais, seja na prevenção, promoção ou na organização de serviços destinados ao incentivo do auto-cuidado, continência, nutrição, mobilidade, sono, cuidados com a pele, prevenção de quedas, delirium, etc...
	Proporção de ações em Educação em saúde dos usuários	Oferta de ações de autocuidado apoiado e o monitoramento contínuo dos planos de autocuidado.
Atenção Hospitalar	Indicadores Hospitalares	
	Taxa de Readmissão Hospitalar (todas as causas) - em 30 dias	Taxa de reinternação hospitalar por complexidade na população de idosos.
	Taxa de Mortalidade em internações de longa duração em idosos	Proporção de pacientes em com internação de longa duração que vieram a óbito.
	Tempo médio das internação hospitalares	Cálculo do tempo de permanência, com a informação da data de admissão e a data de saída.
	Número de ações desenvolvidas para o atendimento ao idoso na emergência hospitalar	"Modificações na ambição hospitalar com organização atendimento do paciente idoso ,estratificação de risco realizada na admissão com foco no atendimento preferencial ao Idoso frágil associado ao risco,abordagem multidisciplinar, ações para o uso da emergência no direcionamento para a Atenção Primária."
	Número de quedas por internação	Prevalência de Quedas em pacientes com 60 anos e mais.
	Taxa de infecções hospitalares por internação	Incidência de infecções hospitalares (pneumonias, infecções urinárias).
	Número de úlceras de pressão por internação	Prevalência do número de úlceras por pressão.
Cuidados Paliativos e Atenção Domiciliar	Cuidados Paliativos e Atenção Domiciliar	
	Média de pacientes em Cuidados Paliativos	Número médio de pacientes em Cuidados paliativos.
	Número de estruturas assistenciais (ambulatorial, unidades com leitos de internação adequados e atenção domiciliar), equipe interdisciplinar capacitada e protocolos com critérios de inclusão para Cuidados Paliativos definidos	Pacientes considerados doentes paliativos graves, são seleccionados para uma avaliação mais especializada ao nível da dor, falta de ar, náusea e obstipação e recebem um plano de ação de tratamento, monitorização e vigilância.
	Média de pacientes em Atenção Domiciliar	Número médio de pacientes em Atenção Domiciliar.
	Taxa de óbito domiciliar	Proporção de pacientes em Atenção Domiciliar que vieram a óbito no domicílio.
	Proporção de pacientes em Atenção Domiciliar por agravo/condição	Número de pacientes em Atenção Domiciliar por agravo/situação, como: Cuidados Paliativos; Oxigenoterapia; Feridas crônicas; DM complicada; etc...

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS. Contribuições para o debate. 2011. Disponível em: <http://portalsauder.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/01/Diretrizesaten----opessoaidosa.pdf>; http://189.28.128.100/dab/docs/geral/manual_instrutivo_monitora_avaliacao_AD.pdf; <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/index.php?pag=bibli>

**PARA MAIS INFORMAÇÕES E OUTROS ESCLARECIMENTOS, ENTRE EM CONTATO COM A ANS.
VEJA ABAIXO NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO:**



Disque ANS
0800 701 9656



Central de
Atendimento
www.ans.gov.br



Atendimento pessoal
12 Núcleos da ANS.
Acesse o portal e
confira os endereços.



*Use a opção do código
para ir ao portal da ANS*



[ans.reguladora](https://www.facebook.com/ans.reguladora)



@ANS_reguladora



**You
Tube** [ansreguladora](https://www.youtube.com/ansreguladora)