

ABORDAGEM DO IDOSO NA SAÚDE SUPLEMENTAR: VALORIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Eliza Miranda Costa Caraline¹

Médica pós graduada em Geriatria e Gerontologia e Saúde da Família, mestrando em Medicina e Biomedicina.

Douglas Alves Ferreira²

Fisioterapeuta, especialista em Fisioterapia Traumatologia e Ortopedia e mestrando em Pesquisa Operacional e Inteligência Computacional

Patrícia Passos Martins³

Fisioterapeuta especialista em Cinética Funcional

Resumo

O presente estudo se baseia em uma pesquisa bibliográfica, de natureza qualitativa, objetivando apresentar questões relacionadas ao envelhecimento populacional e com o descaso que os planos de saúde têm quanto ao usuário idoso e como relacionar o atendimento que o usuário desse grupo etário precisa com os recursos que o plano pode oferecer sem demandar acréscimos absurdos ao cliente. Apesar de poder contar com um Sistema Único de Saúde com cobertura universal, cerca de 25% da população brasileira possui seguros de saúde privados. Considerando o contexto atual de envelhecimento populacional, prevalência de doenças crônicas e altos custos associados aos cuidados em saúde, a maioria das empresas assistenciais criam barreiras ao acesso e ao uso dos serviços dos planos de saúde, que são expressas em reclamações de beneficiários, e afetam de forma mais contundente a população idosa, comparativamente a adultos e

¹ Centro Universitário Redentor (UniRedentor), Docente no Curso de Medicina, Departamento de Atenção Básica e Geriatria, Itaperuna-RJ. E-mail: elizamirandacosta@hotmail.com

² Centro Universitário Redentor (UniRedentor), Docente no Curso de Medicina, Departamento de Atenção Básica, Itaperuna-RJ. E-mail: douglasferreira@hotmail.com

³ Centro Universitário Redentor (UniRedentor), Docente no Curso de Fisioterapia, Itaperuna-RJ. E-mail: patty martins@hotmail.com

crianças, obrigando os mesmos a migrarem de planos ou até mesmo a terem custos além dos que são assegurados pelas mensalidades. Além disso este estudo busca encontrar soluções para que os planos assistenciais de saúde possam diante dessa abordagem reduzir custos favorecendo a fidelização de usuários idosos e invertendo o fluxo dessa migração, valorizando a atenção primária a saúde.

Palavras-chave: Envelhecimento populacional. Planos de saúde. Atenção primária a saúde. Abordagem multiprofissional.

Abstract

The present study is based on a bibliographical research of a qualitative nature, aiming to present questions related population aging and the neglect that healthcare plans have regarding the elderly user and how to relate the care that the user of this age group needs with the resources that the plan Can offer without demanding absurd additions to the customer. Despite having a Universal Health System with universal coverage, about 25% of the Brazilian population has private health insurance. Considering the current context of population aging, prevalence of chronic diseases, and high costs associated with health care, most health care companies create barriers to access and use of health insurance services, which are expressed in beneficiary complaints, and affect In a more forceful way the elderly population, compared to adults and children, forcing them to migrate from plans or even to have costs beyond those that are guaranteed by the monthly payments. In addition, this study seeks to find solutions so that the health care plans can face this approach reduce costs favoring the loyalty of elderly users and reversing the flow of this migration, valuing the primary health care.

Keywords: Population-Ageing. Health insurance. Primary health care. Multiprofessional approach.

INTRODUÇÃO

Na maior parte do mundo desenvolvido, o envelhecimento da população aconteceu de forma gradual acompanhado de um crescimento socioeconômico constante durante décadas e gerações, enquanto que no Brasil esse processo vem ocorrendo de forma acelerada. Diante deste contexto, discute-se o impacto do envelhecimento sobre o aumento dos custos dos serviços de saúde.

De acordo com alguns dados bastante expressivos o Brasil se destaca com todo esse aumento progressivo e rápido da população idosa, no ano de 2000, entre 169 milhões de habitantes, 8,6% eram idosos. O Estado do Rio Grande do Sul ocupa o segundo lugar no

cenário brasileiro, tendo, entre sua população total, 10,5% de idosos que denotam o quanto a sociedade necessita de subsídios e aprimoramentos para atuar em benefício dessa população crescente (BRASIL, 2013).

O número de idosos vinculados a planos privados de saúde pertencem a um grupo portador de múltiplas doenças crônicas e, assim, com maior probabilidade de utilizar os serviços de saúde e maior risco de que esse cuidado exija grande intensidade de recursos e consequentemente incorra em altos gastos.

É provável que os gastos em saúde aumentarão substancialmente. De fato, cuidados com saúde tendem a emergir como um dos maiores desafios fiscais nas próximas décadas no Brasil.

Segundo Nia (2007), existem duas forças por trás da projeção de aumento dos gastos com saúde: o aumento da proporção e dos anos de vida de idosos na população e o aumento da intensidade do uso dos serviços de saúde pelos idosos.

Sendo assim, é fundamental estudos que investiguem a utilização dos serviços de saúde por idosos e como são atribuídas as taxas pelo aumento das despesas, uma vez que o impacto do reajuste da mensalidade ao atingir a última faixa etária, reflete aumentos que podem ultrapassar 100% do valor da mensalidade, o que pode impossibilitar o pagamento, resultando na migração do idoso para o SUS.

Diante das complexidades que envolvem a questão, torna-se possível a proposição quanto à questão problema: De que modo o idoso pode continuar na saúde suplementar sem rescindir o contrato por impossibilidade de arcar com as despesas? Nesse cenário, a realização desse estudo se dá para além dos aspectos diretamente relacionados com a saúde, mas também para priorizar o desenvolvimento de competências que analisem as barreiras ao acesso e ao uso dos serviços dos planos de saúde para os idosos levando em conta as especificidades dessa população e reduzindo a desigualdade entre os mesmos.

Neste sentido, e em termos de saúde pública, interessa sobretudo conhecer as formas de tentar formular planos de ação que promovam um envelhecimento saudável e ativo que possa servir como base para o desenvolvimento de ações mais específicas locais, regionais e nacionais.

A pesquisa tem recortes em autores como Davini e Nunes (2003), Veras (2012), Caldas (2003), Cunha (2010), Jacob Filho (2004), Furtado (1997), entre outros que deram subsídios para o desenvolvimento do trabalho. Conclui-se, portanto, que os novos modelos

de atenção à saúde para idosos são aqueles que apresentam uma proposta de linha de cuidados, com foco em ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação.

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

ENVELHECIMENTO ATIVO: UMA POLÍTICA DE SAÚDE

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

A palavra “ativo” por sua vez, tem amplo significado e faz referência à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. Respeitando esse conceito podemos entender que as pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades e países.

Alguns autores defendem como principal objetivo do envelhecimento ativo o aumento da expectativa de vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados.

Sendo assim compreende-se que o envelhecimento ativo se aplica tanto a indivíduos que acreditam ter limitações que os incapacitam totalmente, quanto a grupos populacionais que ainda exercem alguma atividade social.

Envelhecer de forma saudável e ativa permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao

mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários.

De acordo com o Diário Oficial da União (2011) no Brasil, temos um fato novo em consonância com esta perspectiva de preservar a saúde e propiciar mais anos de vida saudável. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou, a Resolução Normativa nº 265, que incentiva a participação de usuários de planos de saúde em programas de envelhecimento ativo, com a possibilidade de descontos nas mensalidades.

Essas medidas têm por iniciativa estimular a adesão dos beneficiários, além de incentivar as operadoras a adotarem essa perspectiva de cuidados. Assim, idosos passam a receber benefícios pecuniários para aderir a ações de saúde preventiva e detecção precoce de doenças. O objetivo da resolução é incitar o setor a se pautar pela prevenção ao invés do foco exclusivo no tratamento das doenças. A iniciativa é bem-vinda (AZEVEDO ERFC; 2010).

Veras (2010) relata em um dos seus estudos alguns exemplos que se assemelham as ideias apontadas acima, entre eles um exemplo emblemático observado no Reino Unido, entre muitas das tentativas que estão sendo colocadas em prática no mercado de saúde, lá (Reino Unido) os clientes de uma das maiores seguradoras, a PruHealth, recebem benefícios financeiros para deixarem seus carros parados e caminharem, usando o pedômetro com monitor cardíaco.

Além desses, temos exemplos como a obtenção de descontos na compra de frutas e legumes em uma rede de supermercados associada à empresa de saúde e recebem incentivo financeiro para a prática de exercícios físicos em academias. Em síntese: um estilo de vida mais saudável pode levar à redução no valor da apólice de saúde.

Assim, qualquer política social e de saúde destinada aos idosos deve levar em conta a promoção da saúde e a manutenção da capacidade funcional.

DESAFIOS NA POPULAÇÃO IDOSA

A população que vive o processo de envelhecimento encontra os mais diversos desafios, esses por sua vez podem ser globais, nacionais e até mesmo locais. Superar esses desafios requer um planejamento inovador e reformas políticas substanciais tanto em países desenvolvidos como em países em transição, sendo que os países em desenvolvimento enfrentam os maiores desafios, e a maioria deles ainda não possui políticas abrangentes para o envelhecimento.

A prevenção e o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da saúde, a independência e a autonomia 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.

Um dos desafios mais comuns entre a população idosa é a carga dupla de doenças além do maior risco de deficiência. A independência de pessoas mais velhas é ameaçada quando deficiências físicas ou mentais dificultam a execução de atividades cotidianas.

Outro desafio bastante evidenciado entre os idosos seria a provisão de cuidado para populações em processo de envelhecimento. Em todo o mundo, os familiares, amigos e vizinhos (a maioria composta por mulheres) dão mais apoio e assistência para os mais velhos que necessitam de cuidados. Alguns legisladores temem que se propiciarem mais cuidado formal, as famílias se envolvam menos, mas alguns estudos demonstraram que não é o que ocorre de fato. Quando há provisão de cuidados formais adequados, a assistência informal permanece como o principal aliado (OMS, 2000).

Entretanto, se, por um lado, os idosos apresentam maior carga de doenças e incapacidades, e usam mais os serviços de saúde, por outro, os modelos vigentes de atenção à saúde do idoso se mostram ineficientes e de alto custo, reclamando estruturas criativas e inovadoras. É por este motivo que, do ponto de vista da saúde pública, 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, portanto, ter como objetivo maior a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível.

Alguns países usufruem de uma estrutura política destinada ao envelhecimento ativo que se baseia na, independência, participação, assistência, auto realização e dignidade. As decisões fundamentam-se na interpretação de fatores determinantes do envelhecimento ativo que influenciam o modo como as populações e os indivíduos envelhecem. A estrutura desta política requer ações em três pilares básicos a saber: Saúde, participação e segurança.

As seguintes propostas visam a abordagem dos três pilares do envelhecimento ativo: saúde, participação e segurança. Algumas são amplas e abrangem todas as faixas etárias, enquanto outras são voltadas especificamente para aqueles que se aproximam da terceira idade e/ou os próprios idosos e seguindo essas propostas encontramos formas de driblar

um pouco dos desafios enfrentados pela população idosa.

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

No que se refere aos sistemas de saúde, as mudanças na estrutura etária e no perfil epidemiológico da população colocam as doenças crônicas na pauta dos debates para a formulação de políticas. Em sua grande maioria, esses sistemas foram estruturados para atender às condições agudas de saúde.

Dessa forma, historicamente foram privilegiados os serviços de atendimento em urgências e emergências, voltados para eventos agudos, com o objetivo de curar os doentes. Doenças crônicas, entretanto, demandam cuidados prolongados, pois não são passíveis de cura. Além disso, não se pretende tornar o envelhecimento populacional um “problema” de saúde, pois o mesmo consiste em um logro do próprio sistema de saúde, que, através de seus avanços, possibilitou a queda da mortalidade, sobretudo nas idades mais avançadas.

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

Devemos modificar o modelo de saúde hegemônico, hospitalocêntrico, visando a doença e valorizar um modelo centrado na pessoa, voltado para um cuidado continuado e humanizado, enxergando o usuário como um ser biopsicossocial. Neste cenário, destaca-se a importância da medicina de família e comunidade, valorizando os princípios da atenção primária a saúde e superando o estigma do “ser” médico de família e trazendo-o para a saúde suplementar, provando que um cuidado continuado, integral, equânime, baseado nos princípios e diretrizes do sistema único de saúde funciona na prática e pode e deve ser implantado na saúde suplementar com êxito.

Segundo Pessoa, Santos e Torres (2011), um plano terapêutico é o fio condutor para

o fluxo da linha do cuidado, que tem por eixo o paciente. Ainda segundo os mesmos autores, esses fluxos devem ser capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência.

Nesse sentido, Merhy e Cecílio (2003), relatam que construir uma linha de cuidados consiste em entender a produção da saúde de forma sistêmica, com processos extremamente dinâmicos focados nas necessidades dos pacientes. Sendo assim, o envelhecimento populacional engendra o desafio de mudar a organização do sistema de saúde suplementar, para que o mesmo possa atender com qualidade e de forma integral.

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

Compreende-se por modelo assistencial a organização das ações para intervenção no processo saúde/doença, dentre as quais se destaca a articulação dos recursos físicos, tecnológicos e humanos demandados para enfrentar os problemas de saúde existentes em uma coletividade. Sendo assim, podem existir modelos que desenvolvam exclusivamente intervenções de natureza médico-curativa e outros que incorporem ações de promoção e prevenção. Há ainda modelos cujos serviços simplesmente atendam às demandas, sempre aguardando os casos que chegam espontaneamente ou outros que atuam ativamente sobre os usuários, independentemente de sua demanda (Paim, 1999 apud ANS, 2009).

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

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

É notório que de acordo com o envelhecimento das sociedades, os problemas de saúde nos idosos desafiam os sistemas de saúde, porém, muitas das condições crônicas, não apenas no caso dos idosos, estão relacionadas com o estilo de vida – tabagismo, consumo de álcool, comportamento sexual, dieta inadequada e inatividade física. (MORAES; 2012).

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

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

No entanto, para a implantação de mudanças que atendam um novo modelo assistencial, torna-se necessário responder a uma questão central: como promover a saúde e prevenir a incapacidade, através da integração de ações de promoção da saúde, prevenção dos riscos e atenção à saúde em todos os níveis de complexidade?

Para entender essa questão, recorreremos ao conceito de plano de cuidado na saúde suplementar, que por sua vez engloba os conceitos de linha de cuidado e plano terapêutico. Dessa forma, o plano de cuidado incorpora a avaliação do beneficiário desde sua entrada no sistema, com a estratificação realizada a partir de seu risco e estado funcional e a definição da melhor linha de cuidado como o caminho a ser percorrido.

Nem sempre será a mesma medida, aliás quase sempre será diferente pois esses caminhos incluem: procedimentos necessários, hierarquização de rede, programas de promoção da saúde e prevenção dos riscos e doenças adequados e integrados aos cuidados, entre outros.

Definido em suas delimitações gerais, o novo modelo assistencial 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 fragilidade. (BAUER, J. G.,2001)

Um modelo apresentado pela UNATI/UERJ (Universidade da Terceira Idade/ Universidade Estadual do Rio de Janeiro), propõe 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.

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.

Observa-se que o maior problema dos modelos assistenciais vigentes seja, talvez, 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.

Sendo assim o modelo assistencial preventivo confere um mundo menos “mal” envelhecido do que o atual. Em síntese, um modelo de atenção à saúde do idoso 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.

A sugestão é que os modelos de assistência à saúde do idoso sigam essas primícias abordadas e procurem preservar e recuperar a capacidade funcional, pois parte-se do pressuposto de que todos os idosos devem ser acompanhados e o risco de fragilização

deve ser monitorado em todos os níveis de complexidade – desde aquele com ações a serem adotadas para os idosos saudáveis e independentes até o estágio que exige maior cuidado, com idosos fragilizados e dependentes.

Promover a integração da atenção à saúde do idoso em todos os níveis significa apostar na independência e autonomia como um valor inerente à qualidade de vida dos idosos.

IDOSO X VULNERABILIDADE: ESTRATÉGIAS RELACIONADAS A VULNERABILIDADE E AO ENVELHECIMENTO

A vulnerabilidade é um constructo conceitual, o qual se revela um instrumento de inteligibilidade de situações de saúde e seus determinantes. Envolve os planos biológico/individual, social e programático/ institucional, considerados como um todo indivisível. (AYRES JR, 1997). O mesmo autor, ressalta ainda que a vulnerabilidade individual se refere “ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos [...], ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras” (AYRES JR, 2003).

Por sua vez, a vulnerabilidade social do idoso decorre da diversidade de circunstâncias enfrentadas no cotidiano pela população envelhecida. Tais circunstâncias referem-se aos aspectos relacionados a questões culturais, sociais, econômicas, de saúde, entre outros (CANTERA IR, 1998).

A vulnerabilidade do idoso pode ser discutida em vários âmbitos, alguns sentem-se abandonados pela família em casas de repouso, outros sofrem violência de seus cuidadores e sofrem com a indiferença familiar e a falta de tempo dos parentes para auxiliar na tentativa de serem dignamente respeitados.

O fato é que estando vulnerável socialmente, culturalmente, ou familiarmente fica ainda mais distante o caminho de se integrar num modelo assistencial que ajude a recuperar suas atividades ou até mesmo de passarem a serem inseridos em algum programa de cuidados que atendam ao principal objetivo: ter qualidade de vida independente da idade.

Segundo Caldas (2003) o envelhecimento, principalmente com dependência, é um desafio a ser incorporado pela Saúde Pública, em que se contrapõem duas situações. A primeira refere-se às condições necessárias para a manutenção dos cuidados ao idoso na

comunidade, e a segunda refere-se às condições da família para que possa responsabilizar-se pela assistência ao idoso.

Ainda não se conta com instrumentos que meçam o grau de vulnerabilidade do idoso, sendo assim, a abordagem da vulnerabilidade pressupõe que a mudança não ocorra a partir da pessoa em relação ao outro e seu entorno, mas que seja construída nas possibilidades das pessoas estarem diante de outras, de modo a tornar a saúde de todos mais satisfatória.

Conhecer a vulnerabilidade de grupos populacionais possibilita mobilizar profissionais e população civil, por meio de um processo educativo construtivista, para transformações sociais. Tais transformações devem ser alicerçadas nas relações intersetoriais e na ação comunicativa entre os sujeitos sociais. Assim, acredita-se na importância de diferentes formas de enfrentamento, em termos não somente assistencial, de tratamento clínico e de reabilitação, mas também na implementação de políticas públicas e de ações de prevenção de doenças, bem como promoção de saúde da população de forma integral e resolutiva.

Desse modo, de acordo com Ayres JRCM, (2003):

“Quanto maior o grau de compromisso, a qualidade, os recursos, a gerência e o monitoramento de programas nacionais, regionais e locais de prevenção e de cuidado ao idoso, maiores serão as chances de canalizar os recursos sociais existentes, otimizar seu uso e identificar a necessidade de outros recursos, fortalecendo as pessoas idosas diante dos agravos de longa duração e suas consequências”. (AYRES JRCM, 2003 p:117)

Frente a tal concepção conceitual de vulnerabilidade, será possível propor uma reconstrução ampliada e reflexiva das práticas em saúde relacionadas à promoção e proteção da saúde da população, visto que os problemas-alvo são as suscetibilidades populacionais, que resultam numa resposta social.

CONCLUSÃO

As reflexões apresentadas neste trabalho foram voltadas a intenção de estimular a discussão diante da necessidade de novas estratégias entre as empresas de planos de saúde privado, assim observa-se que um foco inovador e criativo deve ser dirigido ao cuidado do idoso e aos que têm doença crônica, pois esses são os que mais sofrem os efeitos de sua própria fragilidade e os que mais demandam serviços de saúde. Atualmente o

modelo assistencial no Brasil privilegia a baixa qualidade nos serviços e a ineficiência, remunerando por volume, ou seja, não prioriza o cuidado com os idosos tornando o sistema fragmentado e desarticulado.

O mundo em que vivemos nos apresenta tecnologias em excesso e vários aparatos em saúde, porém os mesmos não atendem a população que mais carece ou simplesmente essas tecnologias na área da saúde não se desenvolveram no Brasil, em especial na saúde suplementar, como atenção domiciliar e o cuidado paliativo, entre outros.

A vulnerabilidade no idoso é maior e, portanto, justifica a maior utilização do sistema de saúde, e apesar de ser a população que mais necessita desse atendimento diferenciado é também a mais prejudicados pelo atual modelo assistencial que se encontra nos postos de atendimento.

Conclui-se que exista uma maior avaliação e remuneração para que os profissionais levem em consideração a qualidade e melhoria no sistema de informações que possa facilitar a linha de cuidado do paciente, somente se alterarmos esse modelo, as mudanças gradativamente acontecerão, como exemplo podemos citar avaliação funcional, um médico centralizador do cuidado, um gerente de acompanhamento, equipe multiprofissional, a valorização da medicina de família e comunidade. Melhores resultados de saúde e economia são indiscutivelmente alcançados com prevenção e promoção de saúde em saúde pública e certamente os resultados serão equivalentes na saúde suplementar.

No entanto é preciso destacar a importância dos níveis de cuidado que organizam o caminho desse idoso, as vezes uma reorganização do cuidado acaba por ser muito mais eficaz e de menor custo para o sistema de saúde, isso gera por sua vez um pensamento simples onde fazer o necessário, de forma correta, com foco no elemento é o fato mais importante de todo processo que é o paciente. Trazer a medicina de família para o cuidado continuado na saúde suplementar é uma mudança inerente, e operadoras que já estão praticando o novo modelo tem alcançado ótimos resultados não só em relação a economia financeira, mas principalmente em qualidade de vida dos usuários.

Para finalizar, chegou a hora de incluirmos em nossas discussões em torno da formação profissional e organização dos serviços um pensamento mais humano que saiba a grande diferença entre curar e cuidar. Estamos precisando nos organizar para cuidar das pessoas, num sistema de saúde que até agora focou em curar pacientes. Isso fará grande diferença nesse momento de envelhecimento.

REFERÊNCIAS

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

Ayres JRJM, França Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-39.

Ayres JRJM, França Junior I, Calazans GJ. **AIDS, vulnerabilidade e prevenção**. In: II Seminário Saúde Reprodutiva em Tempos de AIDS; 1997 Out 2-7; Rio de Janeiro: IMS/UERJ – ABIA; 1997. p. 20-37.

Azevedo ERFC. **Os desafios das operadoras de planos de saúde de autogestão em um cenário de envelhecimento populacional e cronificação de doenças**. Rio de Janeiro (RJ): Flávio Gomes; 2010.

BRASIL. **Caderno de informação da Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2010.

BRASIL. **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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.

BRASIL. **Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar**. Bonfim EG, Coelho KSC, Pasinato MT, De Oliveira MR, Veras RP, elaboração técnica. Rio de Janeiro: ANS; 2013.

CALDAS, Célia Pereira Caldas. **Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família**. Caderno de Saúde Pública. 2003.

LOURENÇO, Roberto A. Lourenço, Martins C de SF, Sanchez MS, Veras RP. **Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda**. Revista de Saúde Pública, v. 39, n. 2, p. 311-318, abr. 2005.

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

OMS (2000c). **Long-Term Care Laws in Five Developed Countries: A Review**.

OMS/NMH/ CCL/00.2. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

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

VERAS RP, Caldas CP, Araújo DV, Kuschnir R, Mendes W. **Características demográficas dos idosos vinculados ao sistema suplementar de saúde no Brasil.** Revista de Saúde Pública. 2008.

VERAS RP, Parahyba MICA. **O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado.** Caderno de Saúde Pública 2010.

Sobre os Autores

Eliza Miranda Costa Caraline: Médica pós graduada em Saúde da Família (UERJ) e em Geriatria e Gerontologia (Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerias/ Fundação Unimed), mestranda em Medicina e Biomedicina (Santa Casa BH). Docente do curso de Medicina do Centro Universitário Redentor (UniRedentor). Atua na área de Geriatria e Atenção Básica à Saúde. E-mail: elizamirandacosta@hotmail.com

Douglas Alves Ferreira: Fisioterapeuta especialista em Fisioterapia Traumato-ortopedia Aplicada a Terapia Manual (Universidade Iguazu – UNIG) e mestrando em Pesquisa Operacional e Inteligência Computacional (Universidade Cândido Mendes - UCAM). Docente do curso de Medicina, Fisioterapia, Nutrição e Enfermagem do Centro Universitário Redentor (UniRedentor). E-mail: douglasaferreira@hotmail.com

Patrícia Passos Martins: Fisioterapeuta especialista em Fisioterapia e Cinética Funcional (Faculdade Redentor). Docente do curso de Fisioterapia do Centro Universitário Redentor (UniRedentor). E-mail: pattypmartins@hotmail.com