

Modelos contemporâneos no cuidado à saúde

RENATO VERAS

é professor adjunto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e diretor da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI-UERJ).

RENATO VERAS

INTRODUÇÃO

O crescimento do grupo etário da terceira idade

Uma das maiores conquistas da humanidade foi a ampliação do tempo de vida, ampliação que se fez acompanhar de uma melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações, ainda que estas conquistas estejam longe de se distribuir de forma eqüitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos. O envelhecimento da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade, mas não basta por si só. Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade a estes anos adicionais de vida.

Nunca antes na história da humanidade os países haviam registrado um contingente tão elevado de idosos em suas respectivas populações, o que vem se fazendo de forma particularmente

Novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira

relevante, em anos recentes, no grupo de idade extrema, acima de 80 anos. A rapidez desta mudança demográfica também não tem precedentes. No Japão, a proporção de pessoas com 65 anos de idade ou mais duplicou, entre 1970 e 1994, passando de 7% para 14%, e as projeções indicam que mais de 25% da população japonesa terá 65 anos ou mais no ano 2020.

O Brasil é um país que envelhece, a passos largos. As alterações na dinâmica populacional são claras, inexoráveis e irreversíveis. No início do século XX, um brasileiro vivia em média 33 anos, ao passo que hoje a expectativa de vida dos brasileiros atinge os 68 anos. Entre 1960 e 1980, observou-se, no Brasil, uma queda de 33% na fecundidade. A diminuição no ritmo de nascimento resulta, em médio prazo, no incremento proporcional da população idosa. Nesse mesmo período de vinte anos, a expectativa de vida aumentou em oito anos. Hoje a população de idosos totaliza 15 milhões de brasileiros, que em vinte anos serão 32 milhões. Em paralelo às modificações observadas na pirâmide populacional, doenças próprias do envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade. Um dos resultados desta

dinâmica é uma demanda crescente por serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, serviços estes mais complexos, especializados e de maior custo.

O envelhecimento é, em grande parte, um desafio do mundo contemporâneo, afetando tanto os países ricos quanto aos países pobres, ainda que de forma desigual e específica a cada sociedade, cultura e contexto socioeconômico. Entre nós esta preocupação se explicitou como questão de dimensão propriamente pública e coletiva com a realização de reunião internacional, em Brasília, em 1996, sob os auspícios do governo brasileiro em colaboração com o Programa da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o Envelhecimento e Saúde. Nessa ocasião, o presidente da República promulgou a Lei 8.842 (1), que definiu a Política Nacional do Idoso.

A saúde e os idosos

As questões relativas à terceira idade têm merecido destaque, nos últimos anos, em todos os segmentos da sociedade. Entretanto, a infra-estrutura necessária para responder às demandas desse grupo etário em termos de instalações, programas específicos e mesmo recursos humanos adequados, quantitativa e qualitativamente, ainda é precária. Na área da saúde vários são os problemas atuais vivenciados pela população dos idosos e por uma sociedade que se transforma rapidamente. Com a progressiva ampliação da população idosa, esse quadro de precariedade e defasagem de alternativas concretas frente às prementes necessidades tende a se agravar. É sabido que os idosos utilizam mais os serviços de saúde, são afetados mais frequentemente por problemas de longa duração (as doenças crônicas), que, o mais das vezes, exigem intervenções custosas, que envolvem tecnologia complexa. Acrescente-se a isso o fato de que as taxas de internação dessa população são substancialmente mais elevadas do que as dos demais grupos etários, com um maior tempo médio de ocupação de leitos. A insuficiência dos serviços

ambulatoriais faz com que o primeiro atendimento se dê, freqüentemente, em estágios avançados de evolução das enfermidades, no âmbito dos hospitais e serviços de emergência, aumentando os custos e reduzindo as chances de um prognóstico favorável. Os problemas de saúde nos mais velhos, além de perdurarem por longo período, requerem pessoal qualificado, trabalho integrado de equipes multidisciplinares, equipamentos, exames complementares, ou seja, exigem o máximo da tecnologia produzida pelo complexo médico-industrial e a qualificação e o treinamento dos profissionais de saúde.

Esses fatores fazem com que os custos do setor saúde aumentem progressivamente com o envelhecimento populacional. Em um estudo realizado em Toronto, no Canadá, por Rosenberg e Halon, em 1996 (2), acerca da utilização de serviços hospitalares, constatou-se que a probabilidade de internação hospitalar aumentava com a idade e que existia uma associação inversa entre a renda familiar e a utilização dos serviços hospitalares. Ou seja, os canadenses de menor poder aquisitivo utilizavam mais freqüentemente o hospital do que a população de maior renda. Ressalte-se que esse estudo ocorreu em um país desenvolvido, com desigualdades sociais mínimas se comparadas às existentes em nosso meio, e com um serviço de saúde com cobertura de fato universal, e modelar em termos de organização, gerenciamento e equidade de oferta de serviços. Observou-se, através da análise dos resultados da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD) (3), que também no Brasil a população de menor poder aquisitivo utiliza mais freqüentemente os serviços hospitalares, pois quanto mais pobre é a população maior a prevalência de patologias e agravos diversos (por exemplo, os mais pobres são mais freqüentemente vítimas da violência e diversos tipos de acidentes) e maior a sua necessidade de cuidados de saúde. No entanto, melhor estado de saúde não significa necessariamente redução da utilização dos serviços de saúde, pois a percepção da doença e o consumo de cuidados de saúde são distin-

1 A Lei 8.842/94 foi promulgada pelo presidente Itamar Franco em 4 de janeiro de 1994 e regulamentada através do Decreto 1.498 de 3 de julho de 1996 pelo presidente Fernando Henrique Cardoso.

2 M. W. Rosenberg e N. T. Hanlon, "Access and Utilization: a Continuum of Health Service Environment", in *Social Science and Medicine*, 43(6), 1996, pp. 975-83.

3 Na Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD), estudo realizado pelo IBGE, no ano de 1998, foi introduzido um anexo sobre Acesso e Utilização de Serviços de Saúde (IBGE, "Acesso e Utilização de Serviços de Saúde, Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD), 1998", Rio de Janeiro, IBGE, 2000).

tos entre diferentes grupos sociais.

Um dos desafios centrais no âmbito da gestão do setor saúde: oferecer serviços de forma eficiente a quem precisa e no momento adequado. Desafio renovado e ampliado nos dias atuais.

CONSEQÜÊNCIAS DA TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Crise do modelo de cuidado com o idoso

No ano de 1996, ocorreu fato emblemático. Em uma clínica de pequeno porte da cidade do Rio de Janeiro houve uma grande catástrofe em termos de atendimento hospitalar/asilar à população idosa: 102 internos morreram no período de apenas um mês. Este fato, que envergonha uma sociedade civilizada, desnudou fato ainda mais grave. A partir dessas mortes pôde-se constatar que, ao contrário do que se poderia supor, esta não era a pior clínica dentre aquelas conveniadas com o Ministério da Saúde e que ofereciam atendimento para os idosos. Estudos feitos na época (4) mostraram que o que aconteceu ali poderia acontecer em qualquer outra dessas clínicas, pois o fator subjacente àquela situação iníqua e absurda era o inadequado, ineficiente e arcaico modelo de atenção hospitalar/asilar adotado naquelas instituições, pois o isolamento e a exclusão social não podem fazer parte do leque de opções de instituições que deveriam ter como objetivo primordial a oferta de cuidados qualificados.

As propostas de correção desses problemas têm de ser radicais, e certamente não poderá se lograr um progresso real apenas a partir de ajustes cosméticos ou pontuais, ou seja, deve-se buscar, de fato, um novo paradigma assistencial, e colocá-lo em prática, da forma mais abrangente possível.

O episódio da Clínica Santa Genoveva exemplificou de forma dramática uma si-

tução extrema, e não resta dúvida de que o modelo asilar é encarado hoje, seja pelos especialistas, seja pela sociedade como um todo, como anacrônico. Tal percepção se materializou na formulação da Lei Paulo Delgado (5) – que redireciona a assistência em saúde mental, enfatizando uma rede de serviços extra-hospitalares, e estabelece limites para a internação, como último recurso assistencial. Cabe observar, no entanto, que a oferta de cuidados secundários oferecidos pela rede ambulatorial também está em franco desacordo com as propostas contemporâneas em saúde, ao se basear quase exclusivamente em consultas realizadas por especialistas.

Utilização de serviços e doenças crônicas

Os resultados do estudo realizado pelo IBGE sobre acesso e utilização de serviços de saúde (ver nota 3) confirmam as afirmações anteriores. Quando se observa o número absoluto e a proporção da população que nas duas semanas anteriores à pesquisa relatou restrição das atividades habituais em decorrência de problema de saúde, verifica-se que a proporção da população doente é pequena, mas bem maior entre os idosos (Tabela 1). No Gráfico 1 são apresentados apenas os dados do grupo que relatou restrição de atividades, observando-se que quase a metade desse grupo (47,21%) é composta de idosos.

Com relação às doenças crônicas, 31,6% da população brasileira reportou ser portadora de, pelo menos, uma doença crônica, sendo este percentual de 27,7% para os homens e de 35,3% para as mulheres. No entanto, o fato marcante em relação às doenças crônicas é que elas crescem de forma muito importante com o passar dos anos. Como pode ser observado na Tabela 2, enquanto entre os de idade compreendida entre 0 e 14 anos foram relatados apenas 9,94% do conjunto de doenças crônicas registradas na pesquisa, entre os idosos este valor atinge 69,31%.

4 H. I. Guerra, S. M. Barreto, J. O. A. Firmo, E. Uchôa e M. F. F. L. Costa, "Morte de Idosos na Clínica Santa Genoveva (Rio de Janeiro): o que a Imprensa Viu em 1996 e o que o SUS Poderia Ter Visto Antes", Menção Honrosa pelo trabalho no IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Abrasco.

5 Essa lei, que "dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental", tem uma longa trajetória no Parlamento. O processo começou na Câmara Federal com o projeto de lei nº 3.657, em 1989. Somente em 21 de janeiro de 1999 a comissão diretora do Senado apresentou a redação final do substitutivo para ser submetida à Câmara.

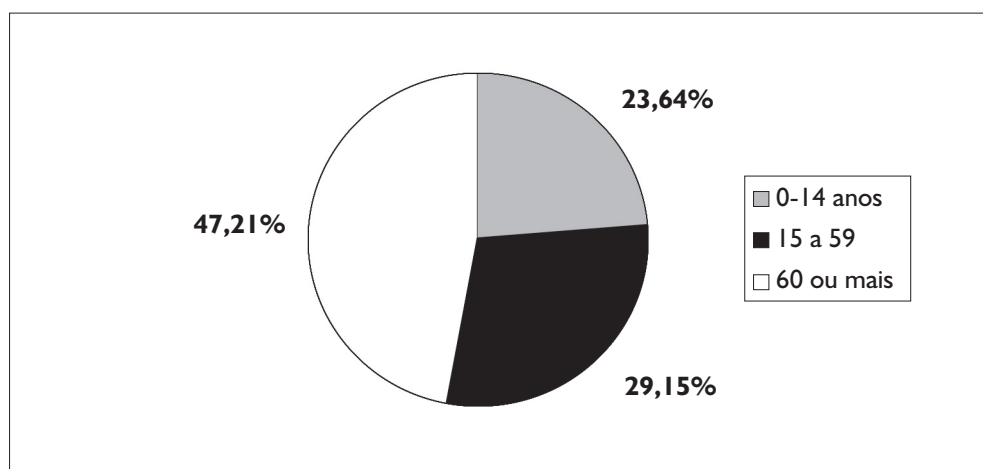
TABELA I

Número absoluto e a proporção da população que nos 15 dias precedentes à entrevista relatou restrição devido ao seu estado de saúde. IBGE, PNAD, 1998

Grupos de idades	População residente	Sem restrição	Com restrição	% Com restrição	Sem declaração
0 a 14	44.063.686	41.757.825	2.271.955	5,16	33.906
15 a 59	103.248.150	96.670.650	6.565.523	6,36	11.977
60 ou mais	10.920.416	9.794.970	1.124.717	10,30	729

GRÁFICO I

Proporção de população com restrição de atividades (doenças), nas 2 últimas semanas, por grupos de idades. Brasil, PNAD, 1998.

**TABELA 2**

Números absolutos e percentuais de doenças crônicas por grupos de idades. Brasil, PNAD/Saúde 1998

Grupos de idades	População	Sem doença crônica	Com doença crônica
0 a 14	44.063.686 27,85%	39.986.310 90,75%	3.973.799 9,94%
15 a 59	103.235.426 65,24%	64.661.620 62,64%	38.472.948 37,27%
60 ou mais	10.920.416 6,90%	3.345.289 30,63%	7.568.850 69,31%
Idade ignorada	12.724 0,01%	8.990 70,65%	3.734 29,35%

Quando é perguntado o número de doenças que acometem cada indivíduo fica evidente a existência de múltiplas patologias entres os idosos (Tabela 3). Enquanto na faixa etária de 0 a 14 anos a coexistência de três ou mais patologias crônicas foi relatada por apenas 1,1% dos entrevistados, entre os idosos foram relatadas patologias crônicas múltiplas numa proporção quase 30 vezes maior, passando esta porcentagem para 31,8%.

Na Tabela 4 são apresentados os percentuais por grupos de idade de consultas médicas realizadas nos últimos 12 meses. Como seria de se esperar, o grupo etário de mais de 60 anos foi o que mais frequente-

TABELA 3

Doenças crônicas por grupos de idades. Brasil, PNAD/Saúde 1998

Grupos de idades	Doença crônica	Uma doença crônica	Duas doenças crônicas	Três doenças crônicas
0 a 14	3.973.799	3.716.006 93,51%	204.971 5,16%	43.547 1,10%
15 a 59	38.472.948	21.145.915 54,96%	9.396.744 24,42%	7.893.578 20,52%
60 ou mais	7.568.850	2.960.041 39,11%	2.192.432 28,97%	2.406.728 31,80%
Idade ignorada	3.734	3.114 83,40%	410 10,98%	210 5,62%

mente foi consultado, sendo amplamente majoritário entre aqueles que fizeram de 6 a 12 consultas ao longo do último ano e entre aqueles que foram consultados, em igual período, 13 ou mais vezes.

Como a população envelhece e os idosos são mais freqüentemente afetados por doenças crônicas, o número de consultas tende a se ampliar progressivamente. Sabemos também que esse número ampliado de consultas leva a um incremento substancial do consumo de medicamentos, exames complementares e hospitalização.

As necessidades em saúde apresentam um padrão de distribuição segundo a idade em “J”, ou seja, as pessoas no início e, particularmente, no final da vida apresentam mais problemas de saúde. A grande diferença é que as doenças mais prevalentes na faixa jovem são mais comumente agudas e portanto de custo menor, enquanto aquelas mais prevalentes entre os idosos são, via de regra, crônicas e de alto custo. Esses dados reforçam a tese de que os responsáveis pela formulação e efetiva implementação de políticas na área de saúde devem refletir cuidadosamente sobre o impacto desse grupo etário quando da organização dos serviços de saúde.

Um novo paradigma do cuidado

Se, por um lado, a maioria dos idosos é funcionalmente competente, existe hoje, no

entanto, um número significativamente maior e que aumenta progressivamente de indivíduos em faixas etárias muito avançadas, portadores de pelo menos alguma limitação em suas atividades, e que necessitam de intervenções específicas voltadas para a recuperação ou manutenção funcional (6). Tais indivíduos, conceitualmente caracterizados como fragilizados, demandam uma ampla avaliação da natureza, modalidade e grau dessas perdas funcionais, além de uma caracterização das condições mórbidas que determinaram e/ou vêm contribuindo para a manutenção de tais perdas.

A recuperação e/ou manutenção da qualidade de vida é, cada vez mais, um dos objetivos centrais da abordagem clínica de pacientes portadores de incapacidades. A história, o exame físico e o diagnóstico diferencial tradicionais não são suficientes para

6 Ver: M. E. Williams, T. F. Williams, "Evaluation of Older Persons in the Ambulatory Setting", in *American Journal of Geriatrics Society*, 34(1), pp. 37-43; T. F. Williams, "Comprehensive Geriatric Assessment", in Edmund H. Duthie Jr., Paul R. Katz (eds.), *Practice of Geriatrics*, Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1998, pp. 15-22.

TABELA 4

Percentual de consultas realizadas nos últimos 12 meses segundo grupos de idades. PNAD, 1998.

Idade	Sem consulta	Com consulta	1 a 2	3 a 5	6 a 12	+ de 13
0 a 4	31,56	68,44	45,09	32,94	19,61	2,27
5 a 19	56,72	43,28	63,73	25,80	9,16	1,22
20 a 39	47,20	52,80	54,70	28,49	14,29	2,42
40 a 49	40,72	59,28	51,03	30,09	15,22	3,56
50 a 59	33,73	66,27	43,20	31,73	20,13	4,82
60 ou mais	29,41	70,59	39,79	32,60	22,36	5,16

um levantamento amplo das diversas variáveis físicas, psicológicas e sociais, essenciais à vida diária, em uma perspectiva de fato abrangente. A prática clínica deve, quando preocupada com a busca de qualidade de vida, realizar uma ampla avaliação funcional com o propósito de detectar as prováveis perdas nessas áreas (7).

Essa abordagem propõe, na verdade, uma mudança radical no paradigma do cuidado, rompendo com a tradição da assistência orientada para a doença, em direção a uma abordagem orientada para a função (8) e a qualidade de vida.

O conceito da capacidade funcional

O conceito de capacidade funcional deve ser entendido como o elemento central na formulação e efetiva implementação de uma nova política de cuidado com a saúde. A maioria das doenças crônicas que acometem os indivíduos, geralmente os idosos, tem na própria idade seu principal fator de risco. Envelhecer sem nenhuma doença crônica é antes a exceção do que a regra. No entanto, a presença de uma doença crônica não implica que o indivíduo não possa gerir sua própria vida e vivenciar seu dia-a-dia de forma totalmente independente.

Decorre daí o conceito de capacidade funcional, ou seja, a capacidade de preservar as habilidades físicas e mentais necessárias à manutenção de uma vida independente e autônoma, ainda que convivendo com limitações. Do ponto de vista de saúde pública, a capacidade funcional surge como um novo conceito de saúde, mais adequado para instrumentar e operacionalizar uma política de atenção à saúde. Ações preventivas, assistenciais e de reabilitação em saúde devem objetivar a melhora da capacidade funcional, ou, no mínimo, preservá-la e, sempre que possível, recuperá-la. Trata-se de um enfoque que transcende o simples diagnóstico e o tratamento de doenças específicas, em direção a uma prática integral de saúde e a uma promoção efetiva da qualidade de vida em circunstâncias diversas.



7 Ver: L. Z. Rubenstein, D. R. Calkins, S. Greenfield et al., "Health Status Assessment for Elderly Patients. Report of the Society of General Internal Medicine Task Force on Health Assessment", in *JAGS*, 37, 1989, pp. 562-9; L. Z. Rubenstein, "An Overview of Comprehensive Geriatric Assessment: Rationale, History, Program Models, Basic Components", in L. Z. Rubenstein, D. Wieland e R. Bernabei (eds.), *Geriatric Assessment Technology: the State of the Art*, Milão, Editrice Kurtis, 1995, pp 1-9.

8 Ver: K. C. Fleming et al., "Practical Functional Assessment of Elderly Persons: a Primary-Care Approach, Symposium on Geriatrics - Part III", in *Mayo Clin. Proc.*, 70, 1995, pp. 890-910.

Uma política de saúde sintonizada com os reclamos da contemporaneidade deve, portanto, ter como objetivo maior a manutenção da capacidade funcional máxima do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível. Isso significa a valorização da autonomia ou autodeterminação e a manutenção da independência física e mental do idoso. Sabe-se que tanto as doenças físicas como as doenças mentais podem levar à dependência e, conseqüentemente, à perda da capacidade funcional. Tanto a dependência física como a mental constituem fatores de risco importantes para uma mortalidade ampliada nessa população, fatores mais importantes do que as próprias doenças que levaram à dependência, e delas parcialmente independentes, já que nem todo doente torna-se dependente. Por outro lado, nem todo indivíduo dependente perde sua autonomia, e, nesse sentido, a dependência mental deve ser valorizada já que leva, com muito maior freqüência, à perda de autonomia. Doenças como depressão e demência estão entre as principais causas de anos vividos com incapacidade em todo o mundo, exatamente por levarem à perda da independência e, quase que necessariamente, à perda de autonomia. Dentro desse contexto, estabelecem-se novas prioridades e novas ações de saúde, que deverão nortear as políticas de saúde para este novo século e milênio.

MODELO ASSISTENCIAL E CUSTOS NO SETOR SAÚDE

Atividade assistencial

Um dos gargalos do modelo assistencial se refere à insuficiente identificação e precária captação da clientela. A baixa resolução dos serviços ambulatoriais, o não-monitoramento das doenças mais prevalentes e os escassos serviços domiciliares fazem com que o primeiro atendimento ocorra, muitas vezes, em estágio avança-

do, dentro do hospital, o que, além de aumentar os custos, diminui as chances de um prognóstico favorável. Em geral, as doenças dos mais velhos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico constante e medicação contínua. Além disso, a abordagem médica tradicional, focada em uma queixa principal, e o hábito médico de reunir todos os sintomas e sinais em um único diagnóstico podem até se adequar, com algumas restrições, ao adulto jovem, mas certamente não se aplicam aos idosos.

Porta de entrada do sistema

O modelo assistencial baseado na atuação de múltiplos especialistas e no uso intensivo de exames complementares está esgotado. É por esse motivo que a definição de um médico responsável pelo paciente, com alta capacidade resolutiva, torna-se elemento fundamental para o sucesso dos sistemas de saúde.

Tornou-se lugar-comum, aceito por todos, falar da necessidade de se organizar uma porta de entrada para o sistema. Cabe, no entanto, observar que o médico responsável pela entrada do paciente no sistema pode ter características e funções distintas, dependendo do modelo a ser implementado. Por exemplo: o médico da porta de entrada que segue a lógica do modelo inglês (9) possui uma boa formação generalista e, por esse motivo, tem alta capacidade resolutiva, permitindo estabelecer uma fidelização do paciente com o referido profissional. Já no modelo americano, a porta de entrada tem como característica um serviço de triagem, visando a um melhor encaminhamento para o médico especialista. É contraditório propor o modelo de porta de entrada baseado no médico especialista, e é por esse motivo que o modelo americano, além de caro, não produz os efeitos benéficos do inglês.

Com a mudança do perfil epidemiológico e demográfico da população, tornou-se premente que os pacientes sejam acompanhados por um único médico, re-

9 No Reino Unido esse médico é conhecido como GP (*general practitioner*).

servando os especialistas para situações específicas e bem-definidas. O médico generalista, de preferência, um clínico geral, deverá ser o responsável pelo encaminhamento aos especialistas e exercer total controle sobre todos os exames solicitados e medicamentos prescritos. Esta proposta não pode ser vista como uma restrição ao usuário que anteriormente podia ir a qualquer médico, mas sim como uma prática mais atual e adequada para o exercício da boa medicina. Temos de demonstrar que, quanto mais médicos, exames e intervenções propostos, maior a possibilidade de iatrogenia médica e a conseqüente piora do quadro de saúde do usuário. O modelo de múltiplas escolhas não é apenas mais caro, mas também pior do ponto de vista da relação paciente-médico e da resolubilidade dos problemas de saúde. Com a fidelização a um único profissional, as ações de promoção de saúde, a avaliação diagnóstica, o planejamento das intervenções e o acompanhamento de saúde podem ser desenvolvidos de forma mais efetiva e integrada.

Gerenciamento de doenças crônicas

O gerenciamento das doenças crônicas vem se firmando como um dos principais instrumentos dos planejadores de saúde. O modelo, apesar de simples, requer uma estrutura qualificada para ser operacionalizado. É sabido que uma pequena parcela de usuários consome mais da metade dos recursos de todo o grupo (10). Esses usuários, por estarem, no momento, doentes (ou acometidos por várias doenças crônicas), devem ter um acompanhamento todo especial, pois suas doenças e seus custos fazem com que fujam do padrão dos demais usuários. Ou seja, o seu acompanhamento é mais complexo e exige uma logística especial e tecnologia apropriada. Essa abordagem especial e diferenciada se traduz num gerenciamento de suas doenças e num acompanhamento extremamente rigoroso, de forma a melhorar o seu estado de saúde.

Em linhas gerais, o conceito do gerenciamento de doença é o de uma abordagem

prospectiva de doenças específicas, integrando a prestação de cuidados de saúde em todas as suas etapas, mesmo nos períodos de remissão da doença, além de ações de prevenção.

Os gestores de saúde sabem que, após a instalação de uma ou mais doenças, não se pode falar de prevenção num sentido estrito. Não é possível prevenir, ou seja, antecipar-se ou evitar danos já ocorridos. Nesse caso, a estratégia tem de ser diferente. A prevenção é extremamente importante, mas temos que respeitar a significação e a representação do sentido dos enunciados. Não é possível evitar ou prevenir, por exemplo, o estabelecimento de um problema cardiovascular em evolução há mais de dez anos, pois a doença já está presente. Deve-se, sim, envidar esforços para que o processo mórbido se estabilize, ou para que sua progressão seja a mais lenta possível. Fica, portanto, claro que há muito ainda a fazer, através da assistência qualificada, do monitoramento do paciente, do aporte do conhecimento epidemiológico e das ações que evitem a aparição de agravos adicionais.

É por esse motivo que o gerenciamento de doenças, que nos textos de língua inglesa é denominado *case diseases management*, vem se ampliando, pela necessidade de oferecer um cuidado mais específico ao paciente, particularmente aos idosos, com suas múltiplas patologias crônicas.

No Brasil, muitos estão, a nosso ver de forma simplista, associando o gerenciamento de doenças exclusivamente à administração dos procedimentos com vistas à redução de custos. Embora essa percepção seja verdadeira, pois uma gestão mais eficiente leva, de fato, a uma redução de custos, monitorar e acompanhar um paciente de mais idade e com múltiplas patologias, de modo a impedir a evolução e a deterioração do seu quadro mórbido, nada mais é do que o exercício da boa e correta prática médica. Portanto, é hora de percebermos que nos dias atuais os usuários têm demandas de saúde bastante distintas daquelas vigentes em um período anterior à importante transição demográfica e epidemiológica que vem ocorrendo nas últimas décadas.

10 No estudo realizado nos Estados Unidos (National Medical Expenditure Survey) em 1997, a concentração de gastos de saúde tem a seguinte dinâmica: 1% que mais consome saúde gasta 30% do orçamento da empresa, 10% que mais gastam consomem 72%, e 50% que mais gastam consomem 97% dos recursos.

doenças saúde

Os estudos vêm demonstrando que ações apropriadas de saúde, ou, ainda, uma prática médica mais resolutiva, não só permitem uma melhoria do estado geral de saúde do paciente como também a diminuição dos custos. Em outras palavras, todas as ações que conseguem “frear” a cronicização de doenças e que impeçam ou diminuam a hospitalização trazem como resultado dupla conquista: controle da doença e redução de custos. Uma política de saúde de fato sintonizada às demandas contemporâneas deve dar ênfase à manutenção da capacidade funcional, aos programas de prevenção, investindo em metodologias para a detecção precoce de doenças, no monitoramento das doenças crônicas e num sistema médico personalizado, entre outras medidas, ao invés de, por inércia, seguir o modelo da demanda espontânea, que tem no hospital a peça central do sistema.

A desospitalização e os custos da saúde

No Brasil, a discussão sobre a “desospitalização” começa a ganhar corpo. Recentemente, dois artigos foram publicados em periódicos de grande circulação. A revista *Exame* publicou um artigo do dr. Afonso José de Matos (11), coordenador do curso em gestão de saúde do IBMEC Business School, também publicado no jornal *O Globo*, na coluna do articulista Joelmir Beting (12). Em ambos os artigos, discute-se o fenômeno por que passa o Brasil de aumento da oferta de leitos hospitalares em contraste com a tendência mundial de redução da oferta. O problema é que essa expansão da oferta de leitos hospitalares vai de encontro a uma tendência mundial, cada vez mais marcante, de desospitalização. Na economia da saúde dos Estados Unidos, a demanda hospitalar vem experimentando dramático recuo. Naquele país, em apenas seis anos, os leitos ocupados despencaram de 1,2 milhão, em 1994, para 425 mil, em 1999, ou seja, o correspondente a um terço, num intervalo de seis anos. Já no Brasil, o nú-

11 A. J. Matos, “Na Contramão. O Brasil Tem Excesso – e não Falta – de Hospitais”, in *Exame*, v. 720, nº 16, São Paulo, 9 de agosto de 2000, p. 170.

12 *Jornal O Globo*, 13 de agosto de 2000, p. 34.

mero de leitos hospitalares, nesse mesmo período, cresceu em 30%. A partir da utilização de indicadores para o dimensionamento das necessidades nacionais de leitos hospitalares, estima-se, hoje, a necessidade brasileira em 80 milhões de diárias por ano, enquanto a capacidade instalada é, hoje, de 180 milhões de acomodações (13). Em outras palavras, não mais que 45% dos leitos correspondem à efetiva necessidade em relação à atual capacidade instalada. Esses números referem-se à totalidade do país, que, devido à sua heterogeneidade e desigualdade regional e social, não possui uma distribuição geográfica de hospitais de acordo com as suas reais necessidades. Com isso, faltam leitos em algumas localidades e existe um excesso em outras. Há ainda nas grandes capitais uma carência de hospitais de alto padrão, particularmente no Rio de Janeiro, possivelmente devido ao grande número de hospitais públicos, de reconhecida qualidade, que havia na cidade, o que teria desestimulado o setor privado a concorrer com eles.

Apostar em instalações e espaços para tratamentos ultra-especializados nesses hospitais é ir contra uma tendência que indica claramente ser o hospital especializado uma instituição reservada para casos cirúrgicos ou para intervenção nos casos agudos, permitindo a transferência o mais breve possível para unidades intermediárias, como por exemplo a assistência domiciliar (*home care*).

Está embutida neste debate a questão dos custos ascendentes do setor saúde, pois nessa área ocorre uma situação tida como “paradoxo tecnológico”. Enquanto, em todos os ramos da economia, a incorporação de novas tecnologias vem reduzindo os custos e melhorando produtos e serviços, na saúde, produtos e serviços ficam cada vez mais caros, sem que necessariamente melhore a qualidade do processo e se atinja, no caso da saúde, a cura.

Em outubro de 2000, o IBGE divulgou um estudo que apresenta resultados contrários aos artigos acima mencionados, informando que estaria ocorrendo uma redução no número de hospitais e de leitos no

país. Possivelmente, os diferentes estudos utilizam amostras de diferentes localidades ou períodos de análise distintos. O fato é que a questão da utilização dos hospitais começa a despertar interesse e passa a fazer parte da agenda de discussão.

O *home care*

O avanço tecnológico das últimas décadas permitiu a miniaturização e automação de equipamentos de alta tecnologia, tais como os respiradores mecânicos, as bombas de infusão, as máquinas de diálise e os equipamentos de administração de medicamentos, permitindo que eles pudessem ser mais simples e de mais baixo custo. Pode-se, portanto, transferir parte da parafernália hospitalar para o interior da residência do doente. Procedimentos cirúrgicos que demandavam vários dias de internação foram reduzidos à metade do tempo, ou menos. Procedimentos vários que antes demandavam hospitalização são hoje realizados em consultórios/ambulatórios, trazendo mais conforto para o paciente, reduzindo as chances de infecção hospitalar, além de uma conta menor para o pagador. Esses fatores levam a uma menor utilização do hospital e a conseqüente ampliação dos procedimentos realizados no lar – *home care* (14).

Os bons hospitais serão sempre necessários. Além do mais, nem todos os pacientes e residências são elegíveis para o tratamento domiciliar. Não faz sentido, portanto, passar para uma concepção nihilista em relação aos hospitais, desqualificando-os *in totum*. O que não é razoável é transformarmos os hospitais em porta de entrada do sistema de saúde, ou tê-los como chamariz para a venda de planos de saúde, quando a medicina contemporânea mostra que esse modelo, além de ser muitíssimo mais caro, é também mais ineficiente, e por esses motivos tende a ficar restrito a indicações precisas. Nos Estados Unidos, entre os serviços de saúde, o *home care* é o que mais rapidamente cresce. Em 1988, para os idosos que utilizam o *medicare*, o

13 Espera-se que no ano dez em cada cem habitantes venham a se internar em um hospital. A população brasileira, portanto, demandaria 16 milhões de internações. Se cada um permanecer cinco dias internado serão necessários 80 milhões de diárias por ano. O país conta com 500 mil leitos; multiplique-se por 360 dias e se obterá uma capacidade de 180 milhões de acomodações.

14 Assistência domiciliar à saúde (*home health care*) é a provisão de serviços de saúde às pessoas de qualquer idade em casa ou em outro local não-institucional.

tratamento domiciliar consumiu US\$ 2,1 bilhões. Já em 1995, esse valor passou para US\$ 16 bilhões (15). No ano de 1997, para todas as faixas etárias, foram despendidos US\$ 33 bilhões no *home care*, valor 1,5 vez maior do que todo o orçamento do nosso Ministério da Saúde. Com a ampliação da população idosa, a modalidade do cuidado domiciliar tende a acompanhar esse crescimento. O idoso, com suas múltiplas patologias e almejando ter sua vida o menos possível conturbada, na imensa maioria das vezes opta pelo tratamento domiciliar (16).

Na verdade, esse processo de uma maior participação da família no tratamento e de um real compartilhamento de responsabilidades informa uma discussão que vem tendo lugar no âmbito da psiquiatria desde a década de 1970 e que agora se transfere para todos os campos da medicina. Portanto, o *home care* não é um modismo, mas uma modalidade contemporânea de cuidar. Aliás, a “invenção” do moderno hospital é que é algo recente. Até bem pouco tempo, o cuidado se dava na residência; hospital era o espaço reservado para os excluídos da sociedade e funcionava como local para depósito de loucos, prostitutas, leprosos, físicos, vadios e todas as demais categorias que “maculavam” a ordem social. A estrutura asilar/hospitalar tinha como missão retirar os indivíduos indesejáveis do convívio da sociedade, estigmatizando-os no papel de doentes, condenando-os a conviver fora das suas relações sociais no espaço medicalizado da instituição fechada. Estas reflexões já foram descritas nos trabalhos de estudiosos como Michel Foucault, J. A. Guilhon e Jurandir Freire Costa (17).

Portanto, tratar em casa (*home care*) não é novidade, a novidade é ir contra todas as análises mundiais que apontam o anacronismo do hospital na nova organização dos serviços de saúde.

No entanto, pouco está sendo feito no Brasil para transformar o modelo assistencial. É hora de falarmos nas instâncias intermediárias como o hospital-dia, o centro-dia, o centro de convivência (18) e o *home care*. O cuidado deve visar à prevenção qualificada, à manutenção da capaci-

dade funcional, valorizando as informações epidemiológicas em vez da tecnologia das máquinas, ou seja, medidas que viabilizem a busca ativa e a antecipação da intervenção sobre a doença e permitam postergar a evolução desfavorável de doenças já adquiridas.

O que causa estranheza é que a cultura da preservação da saúde – em vez da velha prática da reparação da doença – é algo ainda pouco conhecido de alguns gestores da saúde, o que se agrava visto que muitos deles enfeixam uma fatia expressiva dos recursos do setor em nosso país.

A inflação da saúde

Após vários anos de debate, foi promulgada a Lei dos Planos e Seguros de Saúde à Prestação Privada de Serviços Médicos no país. A inexistência do limite de tempo de internação e a cobertura de doenças catalogadas pela OMS são algumas das novidades da Lei 9.656/98, que passou a vigorar em 4 de janeiro de 1999.

Na Câmara de Saúde Suplementar, órgão do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), cuja função é a de regulamentar as atividades das operadoras e instituir os critérios normativos que garantam a correta prestação dos serviços aos consumidores, já foram realizadas inúmeras reuniões com representantes do Ministério da Saúde, da Superintendência de Seguros Privados (Susep) e dos usuários. Entre os inúmeros pontos debatidos, destaque especial se deu às questões relativas ao custo das mensalidades, às novas modalidades de cobertura, à definição das faixas etárias e à crescente demanda dos idosos no âmbito do sistema.

Todos concordam que a inflação dos custos de saúde está provocando grandes transformações no sistema. Vários são os componentes que influenciam a ampliação dos custos dos sistemas de saúde, mas não são as operadoras de planos e seguros de saúde, nem os prestadores de serviços da área, como os profissionais de saúde, os maiores responsáveis por essa explosiva

15 Ver: E. H. Duthie, P. R. Kart, G. Taler et al., “Home Care”, in E. H. Duthie, P. R. Kart (eds.), *Practice of Geriatrics*, 3 ed., Philadelphia, Saunders Company, 1998; B. A. Ferrell, “Home Care”, in Christine K. Cassel et al. (eds.), *Geriatric Medicine*, 3ª ed., New York, Springer, 1997; A. E. Stuck, A. L. Siu, G. D. Wieland et al., “Comprehensive Geriatric Assessment: a Meta-analysis of Controlled Trials”, in *Lancet*, n. 342, 1994, pp. 1032-6.

16 Ver: Walter Mendes, *Home Care: uma Modalidade de Assistência à Saúde*, editado pela UnATI, 2001 (mais detalhes veja no site www.unati.uerj.br).

17 Ver: M. Foucault, *História da Loucura na Idade Clássica*, 5ª ed., São Paulo, Perspectiva, 1997; e *Microfísica do Poder*, 6ª ed., Rio de Janeiro, Graal, 1986; J. A. Guilhon, “Ordem Social e Desordem Mental”, in S. A. Figueira, *Sociedade e Doença Mental*, Rio de Janeiro, Campus, 1972, pp. 195-204; J. F. Costa, *História da Psiquiatria no Brasil: um Corte Ideológico*, 3ª ed. rev., Rio de Janeiro, Campus, 1981.

18 Hospital-dia refere-se ao ambiente hospitalar, com equipe multiprofissional e interdisciplinar em um ou dois turnos, destinado a pacientes que necessitem de reabilitação ou complementar tratamentos. Centro-dia é o ambiente caracterizado pelo incentivo à socialização e ações de educação, promoção e proteção da saúde do idoso. Centros de convivência são locais reservados para a permanência de idosos, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania, em um ou dois turnos.

elevação dos custos. É óbvio que eles detêm um papel importante nesse processo, mas de forma indireta e menos expressiva que os atores principais: as indústrias produtoras de equipamento médico-hospitalar, as produtoras de medicamento, insumos e materiais médico-hospitalares.

Em um artigo recentemente publicado foi apresentado um dado impactante (19): dos 42 bilhões de dólares gastos com saúde em nosso país anualmente (20), 5% se referem a gastos com investigação diagnóstica. Segundo o autor, os resultados de cerca de 40% dos exames complementares realizados, em nosso país, sequer são retirados dos laboratórios, muitos deles, provavelmente, solicitados sem qualquer indicação clínica. Isso indica que, anualmente, cerca de 800 milhões de dólares são despendidos somente no item “exames complementares”. O excesso de exames solicitados e o desperdício de recursos são imediatamente imputados ao poder da caneta do médico. Esta é uma análise verdadeira, mas de pouca profundidade, pois não aborda o problema fundamental. O setor saúde necessita modernizar-se e, para tal, é necessário que haja investimentos em capacitação profissional e em tecnologia da informação, pois isso permitirá ao médico e aos demais profissionais de saúde um acesso ágil às informações epidemiológicas dos seus pacientes, possibilitando uma tomada de decisão tecnicamente mais qualificada, além de uma melhor relação custo/efetividade.

De forma diversa de outros setores da economia, a ampliação do consumo de novos equipamentos médicos não substitui a mão-de-obra existente, mas exige mão-de-obra mais cara, especializada e qualificada para operá-la. Essa nova tecnologia não é substitutiva à já existente, mas a ela se sobrepõe. Além disso, a exuberância tecnológica da indústria de produtos e equipamentos médico-hospitalares se estabelece em detrimento de medidas de promoção de saúde e de prevenção de doenças. Esses elementos constituem um dos principais fatores da inflação dos custos em saúde.

A identificação dos fatos geradores da inflação no setor saúde é de fundamental importância na proposição de soluções para a implantação de novos modelos, uma vez que a questão central não reside apenas na administração, mas, principalmente, no modelo do cuidado. O modelo hoje oferecido é caro, ineficiente e pouco criativo.

Com a progressiva ampliação do grupo etário dos idosos no Brasil, os custos da assistência em saúde serão em muito ampliados. Nos Estados Unidos, os dados confirmam essa suposição: naquele país se gastava, em 1965, cerca de US\$ 202 *per capita*/ano com serviços de saúde, ou 5,7% do PIB; em 1994, já se gastava cerca de US\$ 3.510 *per capita*/ano ou 13,7% do PIB. No Brasil, entre os anos de 1984 e 1991, a inflação medida em dólar foi de 47%, enquanto a inflação na saúde foi, nesse mesmo período, de 154,8%, ou seja, 3,3 vezes maior.

Os custos crescem não apenas pela ampliação do complexo médico-industrial, mas também devido à transição demográfica e epidemiológica. Urge, portanto, que novos modelos de atenção à saúde para os idosos e pacientes portadores de patologias crônicas sejam formulados por pessoal qualificado e experiente, para fazer frente a uma situação já bem diagnosticada.

As estratégias para que se possa transformar um modelo reconhecidamente superado, caro e ineficiente devem estar direcionadas para a diminuição do período da internação hospitalar, para o melhor gerenciamento das doenças crônicas e para o monitoramento dos fatores de risco como forma de prevenir doenças evitáveis.

Modelo de estímulo ao consumo

A pergunta a ser formulada é: como lograr realizar essa transformação de modelo se, por exemplo, as prestadoras privadas de serviço de saúde vendem seus produtos através de anúncios em que é apresentado o último modelo de um aparelho de apoio diagnóstico, numa clara política

19 J. M. Vilar, “A Crise no Setor Saúde e o Ranking da OMS”, in *Rev. Brasileira de Home Care* (Revista Médica Mensal de Internação Domiciliar, Enfermagem e Nutrição), v. 6, n. 63, julho de 2000, p. 22.

20 Dados do autor.

mercadológica de estímulo ao consumo de insumos, equipamentos e exames caros e sofisticados? Pensar que esses encantos tecnológicos são imediatamente esquecidos pelo consumidor após a aquisição do plano de saúde é fazer pouco da inteligência dos usuários. Exigir do médico a moderação nos pedidos de exames de diagnóstico sem lhe ofertar os instrumentos adequados – como formação continuada, prontuários eletrônicos, com informações atualizadas que permitam o exercício da medicina baseada na evidência científica, entre outras medidas – é acreditar em desejos e achar que isso é suficiente para transformá-los em realidade.

Aliás, no Brasil, a tentativa de se transferir apenas para o médico a responsabilidade pelo aumento dos custos da saúde – e, portanto, justificar a necessidade de implantar o *managed health care* (21) – gerou um fato inédito: conseguiu unificar todas as corporações médicas, dos mais diferentes matizes ideológicos, contra o modelo americano de administração em saúde. Nesse tópico, os sindicatos médicos, os conselhos de medicina, as sociedades de especialidades e as associações médicas têm posições análogas (22). Todas rejeitam o *managed care* (23).

Ninguém pode ser a favor de desperdícios ou má prática médica. No entanto, é ingênuo acreditar que exigir exclusivamente do médico a redução de alguns exames por dia viria a corrigir as distorções do sistema. A mudança que se requer é estrutural, trata-se de um novo paradigma a ser buscado. Adotar medidas cosméticas e ajustes baseados unicamente em restrições ao profissional de saúde é não compreender a dimensão e a gravidade da situação. Não se fazer do médico, daquele que deve ser o parceiro principal do sistema, seu principal opositor.

É hora de mudança e o propósito deste texto é sensibilizar os gestores para a necessidade de novos modelos. A partir das evidências que vêm traduzindo o processo de transformação em curso no setor saúde, uma ênfase especial deve ser dirigida ao cuidado do paciente com doença crônica,

na sua imensa maioria, pertencente à faixa etária dos idosos. A proposta-chave para este grupo é postergar o início da doença, através do seu adequado monitoramento. Deve-se buscar a compressão da morbidade, termo cunhado por Fries (24), ou seja, desenvolver estratégias que visem levar a vida para o limiar mais próximo possível do limite máximo da espécie humana. Nos dias atuais, o relógio biológico da espécie humana atinge entre 90 e 95 anos, limites aceitos por vários estudiosos. Esses números não são estanques, alguns grupos sociais podem ter esse limite algo ampliado e outros reduzido. Admite-se também que esses são valores atuais e que, nas próximas décadas, com a disseminação dos avanços e aplicações da engenharia genética, possivelmente o relógio biológico se ampliará, alcançando de 120 a 130 anos. Portanto, pelo menos a partir dos conhecimentos atuais, a vida é finita, e seu tempo de término é, *grosso modo*, estimável.

O indicador “expectativa de vida ao nascer” possui características algo diferentes; ele estima o número médio de anos que uma coorte de recém-nascidos esperaria viver se estivesse sujeita a um padrão de mortalidade observado em uma dada população durante um determinado período. Esse indicador vem sendo cada vez mais utilizado em todo o mundo, e o esforço que deve ser feito é para que o tempo de vida se aproxime o máximo possível do limite biológico. Nunca é demais lembrar que o brasileiro tinha a expectativa de vida ao nascer, em 1900, de 33 anos, e que em apenas cem anos essa expectativa de vida dobrou. Certamente, essa foi a maior conquista do último século. No entanto, viver mais sem qualidade não é uma vitória e sim motivo de preocupação. O que se almeja é aumentar o tempo de vida, se possível até o limite biológico, com qualidade e autonomia, e para tal o modelo de assistência à saúde tem de se ajustar às demandas do tempo presente. Aliás, após tantos esforços realizados para prolongar a vida humana, seria lamentável não se oferecer condições adequadas para vivê-la plenamente.

21 Ver: L. F. Nicz, *Managed Care*. Médicos, São Paulo, HC-FMUSP, maio/junho de 1998, pp. 96-105. Ver também: *Essentials of Managed Health Care*, Peter R. MD FACP Kongstvedt, Paperback 4th Pkg edition (October 2000), Aspen Publishers.

22 No Rio de Janeiro foi criada a Central de Convênio como forma de se contrapor ao modelo do *managed care*. Participam da Central a Sociedade Médica do Estado do Rio de Janeiro (Somerj), o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (Cremerj), os Sindicatos Médicos do Estado do Rio de Janeiro (Sinmeds) e todas as sociedades de especialidades do estado do Rio de Janeiro.

23 *Medicina – Jornal do Conselho Federal de Medicina*, “Regulamentação de Planos de Saúde Prejudica Médicos e Pacientes”, Brasília, CFM, junho de 1998, pp. 20-1. Ver também: *Jornal do Cremerj*, Rio de Janeiro, Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, julho de 1998, p. 16, v. 11, n. 94.

24 J. F. Fries, “Aging, Natural Death and the Compression of Mortality”, in *New England Journal of Medicine*, v. 303, 1980, pp. 130-5; e Fries e L. M. Crapo, *Vitality and Aging: Implications of the Rectangular Curve*, San Francisco, W. H. Freeman and Company, 1981.