

## Envelhecimento, saúde do idoso e o setor de planos de saúde no Brasil

*Aging, elder's health and health insurance sector in Brazil*

*Envejecimiento, salud del anciano y el sector de planes de salud en Brasil*

Maria Elisa Gonzalez Manso

**RESUMO:** O artigo, após uma breve reflexão sobre a saúde do idoso, explana sobre como o sistema de saúde suplementar no Brasil vem assistindo este segmento etário, dando ênfase às normatizações realizadas pela agência reguladora do setor. Estas normas legais buscam a implantação de uma rede de atenção à saúde pautada na promoção desta última e não apenas curadora, mas com enfoque mais cuidador. Para tanto, destaca a estratificação de riscos e a capacidade funcional como sendo balizadores desta.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Assistência Integral à Saúde do Idoso; Sistema pré-pago de saúde.

**ABSTRACT:** *The article, after a brief reflection concerning the health status of aging individuals, elucidates on how the supplementary health system assists the aging population in Brazil, emphasizing the regulations implemented by the responsible agency related to the sector. These legal norms aim for the proper stabilization of a healthcare network based on prevention instead of only ailments treatments, alongside with an ample focus on the caregiver. For such, risk stratification and functional capacity are highlighted as an indispensable foundation.*

**Keywords:** *Aging; Elderly's Comprehensive Health Care; Prepaid Health System.*

**RESUMEN:** *El artículo, tras una breve reflexión sobre la salud del anciano, explora sobre cómo el sistema de salud suplementario en Brasil viene viendo este segmento de edad, dando énfasis a las normatizaciones realizadas por la agencia reguladora del sector. Estas normas legales buscan la implantación de una red de atención a la salud pautada en la promoción de esta última y no sólo curadora, sino con enfoque más cuidador. Para ello, destaca la estratificación de riesgos y la capacidad funcional como balizadores de ésta.*

**Palabras clave:** *Envejecimiento; Asistencia Integral a la Salud del Anciano; Sistema prepago de salud.*

## **Introdução**

O mundo torna-se a cada dia mais envelhecido. O envelhecimento populacional, do ponto de vista demográfico, é caracterizado pela redução no número de crianças e jovens, e por um aumento na proporção de pessoas com 60 anos ou mais. Este incremento proporcional do número de idosos na população é conhecido como transição demográfica. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015), em 2020 a porcentagem de idosos na população será maior do que a de crianças de até 5 anos.

A população brasileira segue a mesma tendência mundial. Em 2013 havia no Brasil cerca de 26,3 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, o equivalente a 13% da população e a previsão para 2050 é que esse número atinja 66,4 milhões pessoas, o que representará 29% da população. Além do aumento proporcional, a expectativa de vida vem aumentando progressivamente no país, chegando a 74,9 anos em 2013, porém com diferenças significativas de gênero, já que as mulheres brasileiras têm como esperança de vida ao nascer 77,7 anos e os homens 70,6 anos. Na população idosa brasileira nota-se ainda que, além do aumento da esperança de vida, ocorreu um ganho no número de anos vividos pelos idosos; portanto, além de haver mais idosos, estes vivem mais anos. (IBGE, 2013a; 2013b).

Credita-se o envelhecimento populacional global às melhorias realizadas no setor da saúde, que se iniciaram no século XIX, com o advento da saúde pública.

Dessa forma, o saneamento, a limpeza da água, o controle dos ambientes de trabalho, as melhorias na nutrição e na contenção das doenças infecciosas, proporcionaram uma sobrevida maior. Estes, aliados aos progressos farmacológicos, às imunizações e às tecnologias médicas descobertas ao longo do século XX, possibilitaram que as pessoas vivam durante mais tempo (Olshansky, Beard, & Börsch-Supan, 2012).

Ressalta-se, entretanto que, para alguns, a velhice tornou-se um sério problema devido aos elevados custos dos serviços necessários para atendimento a este contingente populacional crescente. Os financiamentos dos benefícios sociais tais como aposentadorias e pensões, e o crescente incremento de prevalência das doenças crônicas incapacitantes, tais como Doença de Alzheimer, cânceres, acidentes vasculo-encefálicos, artrites e perdas sensoriais, entre outras, cujo aparecimento é relacionado à própria longevidade, estão no centro deste debate (Olshansky, Beard, & Börsch-Supan, 2012).

A questão financeira é significativa, mas o rápido envelhecimento populacional como o ocorrido no Brasil, é ainda acompanhado por mudanças importantes nas estruturas e nos papéis da família, nos padrões de trabalho e na migração. A urbanização, a migração de jovens para as cidades à procura de trabalho, as famílias cada vez menores, e mais mulheres tornando-se força de trabalho formal, significam que menos pessoas estão disponíveis para cuidar de pessoas mais velhas, quando necessário (OMS, 2015).

O envelhecimento da população é, pois, um dos maiores triunfos e também um dos maiores desafios da humanidade. A OMS argumenta que os países podem custear o envelhecimento, se os governos, as organizações internacionais, e a sociedade civil implementarem políticas e programas de envelhecimento ativo, com o objetivo de melhorar a saúde, a participação e a segurança dos cidadãos mais velhos (OMS, 2015).

A preocupação com a saúde do idoso é hoje um dos pontos principais no que tange à manutenção do envelhecimento ativo. Envelhecer de forma ativa é preservar o potencial físico, social e mental, ao longo do curso da vida. Para tanto, os indivíduos devem não só poder participar ativamente da sociedade, mas devem ter cuidados necessários e adequados para que isso possa ocorrer. Trata-se de um conceito que independe da presença de doenças ou outros agravos à saúde, mas que busca não só manter o idoso autônomo e independente, mas também a solidariedade social e intergeracional.

A saúde do idoso deve ser pensada como sendo um todo multifacetado e multideterminado, cujos fatores sociais, culturais, biológicos, psíquicos e existenciais interagem, criando ou não ambientes propícios a processos de desgaste que fazem com que surjam agravos à saúde destes idosos. Conforme ocorre o processo de envelhecimento, modificações significativas na reserva fisiológica do ser humano fazem com que qualquer estressor se transforme em um agravo à saúde. O envelhecer é ainda associado a perdas sociais importantes ligadas à aposentadoria e perda do papel produtivo, à visão cultural sobre o que é ser idoso, e à visão do belo que uma sociedade possui. Estes fatores, associados a questões de gênero, permeiam desde a definição do que uma sociedade considera ser idoso até como este indivíduo se vê perante o espelho, a família e grupos sociais. Envelhecer é um processo irreversível, mas pode ser vivido de várias formas.

O fato de ser velho não significa ser doente, já que o processo de envelhecer por si só é um fato normal da vida, mas é inegável o peso que o passar dos anos tem, do ponto de vista epidemiológico, no desencadeamento de doenças crônico-degenerativas. O envelhecimento associa-se a um risco maior no aparecimento de cânceres e doenças cardiovasculares, entre outras. Estas doenças, associadas ao processo fisiológico do envelhecimento, podem tornar o idoso dependente e ocasionar a perda de sua autonomia. O que se espera, no entanto, é que os eventos fatais entre os idosos em velhice avançada não sejam precedidos de longos períodos de doenças, incapacidade e sofrimento. (Manso, & Galera, 2015).

Doenças crônico-degenerativas ou doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um grupo de doenças que possuem longa evolução; multiplicidade de fatores de risco; etiologia não totalmente elucidada; longo período de latência; longo curso assintomático e manifestações clínicas com períodos de remissão e exacerbação. São acompanhadas de alterações degenerativas em tecidos do corpo humano, alterações estas que levam a lesões irreversíveis e complicações que determinam variáveis graus de incapacidade e deficiências, chegando até o óbito. Dentre estas, se destacam as doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes, doenças crônicas respiratórias, entre outras, todas relacionadas com elevada prevalência de óbitos e incapacidades na população. Quanto mais envelhecida uma população, maior a prevalência destas afecções (Manso, 2015; OMS, 2015).

A análise das principais causas de óbito entre os idosos brasileiros identifica como principal causa de mortalidade, neste grupo etário, as doenças cardiovasculares, responsáveis por 36,0% das mortes, seguidas pelas neoplasias ou cânceres, representando 14,7% dos óbitos, com destaque para a neoplasia de próstata nos homens e, entre as mulheres, a neoplasia da mama.

As doenças do aparelho respiratório são responsáveis por 12,6% do total de mortes em idosos com ênfase para a doença pulmonar obstrutiva crônica, DPOC, seguida pela pneumonia e pela influenza (Gois, & Veras, 2010)

Estudos mostram que, no Brasil, as principais doenças crônicas referidas pelos idosos são a hipertensão arterial, as doenças ósteo-articulares, os problemas cardíacos, o diabetes, a osteoporose, as doenças crônicas pulmonares, as doenças circulatórias e as neoplasias malignas (Gois, & Veras, 2010; Manso, 2015) Estas doenças, associadas ao processo fisiológico do envelhecimento, podem tornar o idoso dependente e ocasionar a perda de sua autonomia.

Qualidade de vida na velhice associa-se à manutenção da capacidade funcional do idoso, entendida exatamente como a manutenção da independência e autonomia; assim, programas de atenção à saúde que possibilitem a manutenção destas são de suma importância.

No idoso, a capacidade funcional está relacionada à sua qualidade de vida. Apesar de haver vários conceitos de incapacidade, Câmara, Gerez, Miranda, & Velardi, (2008) ressaltam que a maioria dos autores considera que o constructo envolve componentes físicas, mentais e emocionais, porém, incapacidade funcional relaciona-se ao desempenho físico, e pode ser definida como a dificuldade ou necessidade de ajuda para a execução pelo indivíduo de tarefas cotidianas tanto básicas quanto complexas, que são importantes para a manutenção da independência e autonomia do idoso e para sua mobilidade.

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 2012), em revisão da literatura sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso, destacam que há vários instrumentos que podem ser utilizados para avaliar a capacidade funcional do idoso, considerando-se as Atividades de Vida Diária (AVD), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) nestas três dimensões em conjunto ou isoladamente.

Por AVD, entende-se a execução de funções de sobrevivência que correspondem aos níveis mais graves de deficiência nas aptidões físicas presentes em indivíduos institucionalizados e/ou fragilizados, tais como tomar banho, alimentar-se, vestir-se, entre outras. As AIVD ampliam o conceito das AVD, incluindo problemas um pouco mais complexos e que tornam o indivíduo menos dependente, como fazer compras, sair sozinho, gerir o seu próprio orçamento. As AAVD ampliam ainda mais o espectro, incluindo recreação e atividades sociais, que podem não indicar perdas atuais, mas perdas futuras.

Alves (2007), analisando a influência das DCNT na capacidade funcional de idosos, demonstrou não só a forte influência destas na geração de incapacidades, como encontrou que a presença de hipertensão arterial aumenta em 39% a chance de o idoso ser dependente, a doença cardíaca aumenta em 82%, a artropatia em 59% e a doença pulmonar em 50%. Este mesmo impacto não foi encontrado com outras doenças.

A manutenção da capacidade funcional do idoso está diretamente relacionada ainda com a prevenção de agravos conhecidos como as grandes síndromes geriátricas. Estas são: a incapacidade cognitiva (relacionada a alterações de cognição e humor), instabilidade postural (responsável pela ocorrência de quedas em idosos), imobilidade (o idoso acamado possui maior probabilidade de óbito), incontinência esfínteriana (urinária e fecal), incapacidade comunicativa (perdas auditivas, visuais e na fala), iatrogenia (causada principalmente pela presença de numerosas medicações tomadas diariamente e em associação, nem sempre doses-adequadas à idade, ou isentas de efeitos colaterais desencadeados pelas perdas advindas da idade); insuficiência familiar; isolamento social; empobrecimento, e o aumento da resistência à insulina (OPAS, 2012).

O comprometimento da capacidade funcional, a ponto de impedir o autocuidado pelo idoso, acarreta aumento da carga sobre a família e sobre o sistema de saúde e relaciona-se à presença de doenças, deficiências ou problemas médicos.

A OPAS (2012) ressalta que comportamentos relacionados ao estilo de vida, tais como fumar, beber, comer excessivamente, ser sedentário, padecer de estresse psicossocial agudo ou crônico, são fatores de desgaste que podem levar ao prejuízo da capacidade funcional, enquanto que ter senso de auto-eficácia e controle, manter relações sociais e de apoio agem como fatores protetores.

Idosos com nível mais baixo de escolarização, aposentados, donas de casa, pensionistas, mulheres e viúvos apresentam maior risco de desenvolver dependência de moderada a grave.

A prática de atividades físicas e o fato de o idoso morar sozinho foram identificados como fatores protetivos para a dependência (Rodrigues, Facchini, Thumé, & Maia, 2009; Ferri, *et al.*, 2012; Kachan, *et al.*, 2015).

Idosos que sofreram acidente vascular cerebral, AVC, que possuem problemas de saúde mental, que apresentam hospitalizações frequentes, e déficits visuais e auditivos importantes também, apresentam chances maiores de dependência. Com relação às relações sociais, o índice de dependência entre os idosos que não visitam amigos e não visitam parentes é elevado (OPAS, 2012; Davies, Knuiman, & Rosenberg, 2016).

A autopercepção de saúde também é um indicador importante de mortalidade, morbidade, incapacidade e depressão em idosos. Estes, quando percebem sua saúde como sendo má ou péssima ou que, comparando a sua saúde com a de outros, a percebem como pior ou muito pior, tem maior chance de incapacidade e morte (Borim Barros, & Neri 2012).

O rápido aumento da população idosa, como observado no Brasil, resulta em uma demanda cada vez maior por serviços de saúde, acarretando importantes repercussões econômicas. Gois e Veras (2010) destacam que, do total de internações ocorrido no SUS em 2001, 33,5% das internações hospitalares foram realizadas para atender aos idosos, e que estes consumiram cerca de 40% do total dos recursos pagos. A razão entre a proporção dos recursos pagos para as internações hospitalares, e o tamanho proporcional da população, aumenta gradualmente com a idade, bem como o custo médio dessas internações, concluem.

Zucchi, Del Nero, & Malik (2000) ressaltam que os gastos com saúde vêm aumentando em todo o mundo, tanto por fatores que agem na demanda, quanto na oferta de serviços.

Quanto à demanda aumentada por serviços de saúde, sobrepõem-se a necessidade sentida pela população, os fatores psicossociais, a seguridade social, o envelhecimento populacional, o predomínio das DCNT, a utilização dos serviços, a regulamentação e os fatores culturais. Sobre a oferta, por sua vez, agem o progresso tecnológico, a difusão da inovação e a multiplicação de serviços na assistência às doenças.

A Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD, 2008) ressalta, em um estudo realizado com países da Europa, a elevação dos custos populacionais com assistência curativa, já a partir dos 45 anos de idade, porém, destaca que o maior incremento ocorre a partir dos 75 anos.



Quando analisados os cuidados de longo prazo, a elevação dos gastos ocorre a partir dos 70 anos, aproximadamente. Conclui ressaltando a necessidade de evitar ao máximo a ocorrência de doenças, agravos à saúde e incapacidades, pois a presença destes eleva sobremaneira os gastos dos governos com saúde.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2016) demonstra, com base em estudo dos dados fornecidos pelo conjunto das operadoras de planos de saúde no Brasil, que o tempo médio de permanência aumenta, conforme aumenta a idade dos beneficiários, sendo que, no segmento etário acima de 80 anos, em torno de 30% das internações chega a ultrapassar 14 dias. Neste mesmo estudo, observou-se que 26% destas internações foram devidas a afecções sensíveis à atenção primária; portanto, potencialmente evitáveis. Conclui a agência, destacando a necessidade de mudanças concretas na forma como hoje em dia se dá a atenção à saúde do idoso nestas operadoras.

Não apenas o envelhecimento populacional eleva os custos em saúde, como já citado, mas a presença cada vez maior de DCNT na população também o influencia. Em estudo realizado pela Escola de Saúde Pública de Harvard, para o Fórum Econômico Mundial em 2011, destaca-se que as DCNT já representam um ônus econômico significativo para as sociedades atuais, com tendência de crescimento. Como exemplo, cita que as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, câncer, diabetes e afecções relacionadas à saúde mental devem gerar uma perda de produção acumulada de US\$ 47 trilhões ao longo das próximas duas décadas, o que representa 75% do PIB mundial em 2010 (Harvard, 2011).

Fica claro, portanto, a necessidade e importância de cuidados específicos voltados para os idosos. Neste segmento populacional, as DCNT e as grandes síndromes geriátricas já explanadas podem ser encontradas isoladamente ou em associação. Um idoso sem nenhum destes agravos demanda cuidados diferentes de um idoso com demência, acamado e com imobilidade.

Assim, o primeiro passo é identificar e estratificar a população idosa, quanto aos riscos e síndromes que esta apresenta, e propor medidas que se voltem para sua condição específica. A atenção à saúde do idoso deve se pautar por especificidades próprias a este segmento populacional. Estas necessidades específicas estão baseadas não apenas em dados epidemiológicos, mas têm ainda amparo legal.

A Constituição Federal de 1988 destaca, em seu artigo 230, que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na sociedade e comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

Com base no texto constitucional, em 1994, é criada a Política Nacional do Idoso, a qual cita que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda da capacidade funcional, entendida como a manutenção de habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Em 2003, é promulgado o Estatuto do Idoso, o qual define idoso no Brasil como a pessoas com 60 ou mais anos e que destaca ser papel do sistema de saúde garantir a atenção à saúde do idoso de forma integral, em todos os níveis de atenção, incluindo atenção especial às doenças específicas que os acometem (Constituição Federal do Brasil, 1988; Lei 8.842, 1994; Lei 10.741, 2003).

Todo este arcabouço legal ressalta a importância que o envelhecimento populacional tem para o sistema de saúde brasileiro, destacando ser papel de o Estado garantir, ao idoso, condições de manter sua saúde com autonomia e independência, sendo atendido preferencialmente e de forma integral.

Em 2006, é firmado pelos secretários de saúde brasileiros o Pacto pela Vida, no qual assumem o compromisso, entre outros, de priorizar a saúde do idoso, com diretrizes norteadoras para a reformulação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Esta política reforça o compromisso brasileiro com o deliberado na Assembleia Mundial do Envelhecimento, ocorrida em Madrid, 2002, que ressalta ser o combate à pobreza, fomento à saúde e bem-estar do idoso e entorno favorável ao envelhecimento, metas primordiais (Portaria MS 2528, 2006; Ministério da Saúde, 2010).

A Política introduz a condição funcional como de suma importância para pensar a saúde dos idosos, considerando que há a heterogeneidade desta população. Tem como eixo norteador o atendimento interdisciplinar à saúde do idoso, a fim de alcançar os seguintes objetivos: atingir o grau máximo de capacidade funcional, evitar a hospitalização prolongada, evitar a institucionalização e promover e facilitar cuidados familiares. O documento destaca que uma política de envelhecimento ativo deve considerar que os idosos constituem um grupo heterogêneo (Portaria MS 2.528, 2006).

A partir destes documentos, introduziram-se várias outras políticas públicas como cursos de aperfeiçoamento e de gestão voltados para a atenção à saúde do idoso, campanhas anuais de vacinação antipneumocócica e antigripal, a prevenção do câncer bucal e de AIDS específicas para esta faixa etária, a promoção da saúde da pessoa idosa com vistas à prevenção de fatores de risco modificáveis e que levam ao desenvolvimento das DCNT, tais como estímulo à alimentação saudável, prática de atividade física, combate ao hábito de beber e de fumar, entre outros (Ministério da Saúde, 2010).

Assim, é dever do Estado fornecer atenção integral à saúde do idoso de forma diferenciada e esta obrigação legal não se restringe ao SUS, mas sim a todo o sistema de saúde brasileiro. Este, composto pelos setores público e privado, nada mais é que um conjunto de partes interrelacionadas e interdependentes que têm como objetivo a manutenção e a melhoria do estado de saúde de uma população (Conill, 2009).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 destaca que o sistema de saúde brasileiro é parte do sistema de seguridade social, sendo o SUS a forma como o Estado garante aos cidadãos o direito à saúde. Contudo, desde o ano de 1960, aproximadamente, surgem no Brasil as denominadas operadoras de planos de saúde, OPS, constituindo o setor de saúde suplementar brasileiro. Este se organiza em diferentes modalidades. (Constituição Federal do Brasil, 1988).

Medicinas de grupo são operadoras de planos de saúde que intermediam serviços de saúde entre o consumidor e os prestadores de serviços. Cooperativas médicas são formadas por um conjunto de médicos que são simultaneamente sócios e prestadores de serviços. Planos próprios de empresas podem se organizar de diferentes formas, mas esta modalidade caracteriza-se por estar vinculada a um grupo pré-estabelecido e fechado de pessoas. Quanto ao Seguro Saúde, é caracterizado pela intermediação financeira de uma entidade seguradora, com livre escolha de serviços e reembolso ao consumidor pela utilização (Manso, 2015).

Em 1998, é promulgada a Lei 9656, a qual regulamenta o funcionamento das operadoras de planos de saúde e a cobertura dos planos oferecidos e, em 2000, é criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com a finalidade de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras. Entre as diversas atribuições da agência está a fixação de normas para constituição, organização, funcionamento e fiscalização das OPS, incluindo os conteúdos e modelos de atenção à saúde (Manso, 2015).

A ANS (2016) destaca vir aumentando o número de idosos que possuem planos de saúde, sendo a maior cobertura observada nas faixas etárias de 80 anos e mais, principalmente nos planos denominados individuais e nos gerenciados por autogestões. Enquanto os idosos representam em torno de 10% da população total, dentre os que possuem planos de saúde este percentual pode chegar a 20,9% quando analisadas carteiras de clientes de planos mais antigos.

As OPS pautam seu modelo de atenção à saúde no assistencialismo, centrado no médico e na atenção hospitalar, com foco apenas na demanda espontânea, caracterizado pela incorporação acrítica de novas tecnologias e consumo excessivo de procedimentos de alto custo. O cuidado é fragmentado e a atuação desarticulada, desintegrada, e pouco cuidadora, sem avaliação sistemática de seus resultados (ANS, 2012; 2013; 2016).

Em 2005, na tentativa de reverter este modelo de atenção, a ANS editou uma resolução, obrigando as operadoras a oferecerem programas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Esta reflexão sobre o modelo de assistência à saúde que a agência propõe é fundamentada pelo perfil de morbimortalidade da população, com predomínio das DCNT, pela transição demográfica, pela elevação dos custos na assistência à saúde e no potencial impacto das ações de promoção e prevenção nestes (ANS, 2005).

A agência, ao estabelecer sua Agenda Regulatória, reconheceu a importância dos idosos para a saúde suplementar e estabeleceu a saúde deste contingente populacional como um dos seus eixos estratégicos. Como justificativa para tal, cita as especificidades da assistência à saúde dos idosos como um desafio e uma oportunidade para as operadoras repensarem seu sistema como um todo, tradicionalmente voltado para atender às condições agudas e à cura. Ao incorporarem a saúde do idoso, devem tratar com as DCNT que demandam cuidados prolongados (ANS, 2012).

A ANS ressalta, em vários documentos, a distância existente entre o desejo pelas OPS de aplicar novas ações de saúde, e sua prática efetiva, bem como a falta de conhecimento teórico e de informação sobre modelos preventivos que sejam eficientes e adequados. Destaca, ainda, que não há especificidade nos modelos de atenção ao processo de envelhecer por parte das OPS, e que estas desconsideram as características deste grupo etário. Os programas implantados são ainda totalmente desvinculados da atenção primária, com foco apenas em evitar internações repetidas e reduzir custos, em vez da saúde e da qualidade de vida do indivíduo.

Nas palavras da agência, as operadoras desconhecem como o segmento populacional de idosos a estas vinculadas se comporta em termos de riscos e agravos, não conseguindo, portanto, propiciar uma atenção adequada e singular a estes sujeitos (ANS, 2008; 2012; 2014; 2016).

A partir destas reflexões, foi lançado, em 2012, o Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar, pela agência. Neste recomenda-se às operadoras identificarem riscos na população idosa, mediante a aplicação da avaliação funcional, visando a obter seu perfil de saúde.

Este documento é considerado como prioritário e de elevado risco nos seguintes casos: (i) todos os idosos com 80 anos ou mais; (ii) idosos com mais de 60 anos que apresentem uma ou mais das seguintes características: três ou mais diagnósticos, polifarmácia, imobilidade parcial ou total, incontinência urinária ou fecal, instabilidade postural (quedas de repetição) ou incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, *delirium*); (iii) idosos com história de internações frequentes e/ou pós-alta hospitalar; (iv) idosos dependentes nas atividades básicas de vida diária básica e que não possuam suporte familiar; e (v) aqueles que estão em situação de vulnerabilidade social, tanto nas famílias quanto institucionalizados (ANS, 2012).

São sugeridas três linhas de cuidado para a saúde do idoso, a serem estratificadas da seguinte forma: (a) idosos entre 60-80 anos, independentes; (b) idosos entre 60-80 anos, com algum grau de dependência; e (c) idosos maiores de 80 anos. Esta divisão busca a formação de grupos de pessoas com problemas de saúde semelhantes, para os quais a atuação da operadora e as atividades de cuidado e monitoramento podem ser parecidos. Para o grupo de idosos na linha de cuidado, idosos independentes entre 60-80 anos, são sugeridos ainda dois agrupamentos: um grupo sem DCNT ou com DCNT controladas, e outro grupo com DCNT não controladas ou déficit cognitivo (ANS, 2012).

Alguns temas são transversais a todas as linhas, como avaliação e diminuição do risco de quedas, avaliação do risco nutricional, avaliação da saúde bucal, e redução da inatividade física. A iatrogenia no idoso é um tema importante a ser avaliado, uma vez que os idosos muitas vezes usam múltiplos medicamentos, nem sempre de maneira organizada e planejada (ANS, 2012).

A adesão das OPS a este plano foi facultativa, e assim, em 2016, a agência lança o documento: “Idosos na Saúde Suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e sustentabilidade do setor”, em que se constata a deficiência nos modelos de atenção à saúde do idoso das OPS, a não implementação por estas do plano de 2012, e as dificuldades técnicas que estas apresentam em desenvolver um programa para este segmento etário (ANS, 2012; 2016).

Neste documento, é destacada a relevância não só demográfica, mas também epidemiológica, da atenção ao idoso e mencionam-se os custos crescentes, estes últimos impeditivos, se nada for feito, à sustentabilidade do setor de saúde suplementar, nas palavras da agência (ANS, 2016).

Ressalta a agência a importância das doenças crônicas e síndromes geriátricas como fatores de desgaste à saúde deste segmento populacional, por interferirem na manutenção da qualidade de vida e capacidade funcional, e por serem responsáveis pelo desencadeamento da fragilidade, caracterizada pela progressiva perda de reserva funcional, causando dependência e morte entre os idosos. O documento ressalva ainda a necessidade do desenvolvimento e implantação pelas OPS de mecanismo de identificação de riscos e estratificações das condições de saúde neste grupo populacional, e de planos de cuidado individualizados, pensados de acordo com a presença ou não de DCNT e síndromes que acometem cada idoso. Tendo como norte a prevenção propõe a mudança da forma como hoje as OPS atendem a este segmento, com foco em programas de gerenciamento de doenças voltados especificamente para este segmento populacional e na avaliação da vulnerabilidade e fragilidade como ponto principal (ANS, 2016).

A agência destaca ainda a importância para as OPS da existência de um registro eletrônico que contenha um repositório de informações acessíveis, não apenas aos profissionais de saúde, mas ao próprio idoso e seus cuidadores, de acordo com a legislação vigente, e que contenha dados mínimos, tais como internações, exames realizados, medicações utilizadas, nos moldes da hoje existente Caderneta do Idoso.

Estas medidas propostas pela ANS buscam prevenir progressivas perdas funcionais no idoso e, principalmente o sistema de informações proposto busca resguardar o idoso da iatrogenia, evitando-se tratamentos e medicamentos desnecessários. Como o próprio idoso ou seu cuidador não possui informação, ou não tem condições de informar o que com ele ocorre, inúmeras vezes esta não pode ser evitada.

É de extrema importância que esta pessoa, ou quem dela cuida, possa ter em mãos informações seguras sobre o que com ela se passa. Mas, ressalta-se o plano permanece sendo opcional, não vinculando às OPS.

Como dito anteriormente, o envelhecimento populacional é um paradoxo: ao mesmo tempo um trunfo e um desafio. Para o sistema de saúde suplementar brasileiro, carente em soluções que auxiliem na planificação e gestão da atenção à saúde, a transição demográfica pode ser ao mesmo tempo um problema de sustentabilidade- como afirma a ANS -, ou uma excelente oportunidade de promover melhoras em toda a rede de serviços.

Espera-se que estas normas, se efetivamente implantadas, possam auxiliar na consecução destas melhorias, já que, ao buscarem modificar a atual forma como ocorre a atenção à saúde do idoso nas operadoras, implicará na mudança do modelo de atenção atual, o que terá proveito a todos os usuários de planos.

## Referências

Alves, L. C., Leimann, B. C. Q., Vasconcelos, M. E. L., Carvalho, M. S., Vasconcelos, G. G., Fonseca, T. C. O. da, Lebrão, M. L. & Laurenti, R. (2007). A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. Rio de Janeiro, RJ: *Cadernos de Saúde Pública*, 23(8), 1924-1930. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000800019>.

Borim, F. S. A., Barros, M. B. A., & Neri, A. L. (2012). Auto-avaliação de Saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Rio de Janeiro, RJ: *Cadernos de Saúde Pública*, 28(4), 769-780. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/16.pdf>.

Brasil. (2005). Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS. *Oficina ANS de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças*. Rio de Janeiro, RJ: Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Brasil. (2008). Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS. *Panorama das Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças no Setor Suplementar de Saúde*. Rio de Janeiro, RJ: Agência Nacional de Saúde Suplementar. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <http://www.uff.br/saudecoletiva/doc/ppss/BIB-ANS-livro.pdf>.

Brasil. (2012). Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS. *Plano de Cuidado para Idosos na Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro, RJ: ANS. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/20121004\\_plano\\_cuidado\\_idosos.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/20121004_plano_cuidado_idosos.pdf).

- Brasil. (2014). Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS. *Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar brasileira: Resultados do laboratório de inovação*. Rio de Janeiro, RJ: ANS. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/laboratorio\\_inovacao\\_2013.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/laboratorio_inovacao_2013.pdf).
- Brasil. (2016). Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Idosos na Saúde Suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e sustentabilidade do setor*. Rio de Janeiro, RJ: ANS. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: [http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/web\\_final\\_livro\\_idosos.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/web_final_livro_idosos.pdf).
- Brasil. (1998). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, Senado. Recuperado em 09 abril, 2013, de: [http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/508200/CF88\\_EC85.pdf](http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/508200/CF88_EC85.pdf).
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Em 2011, esperança de vida ao nascer era de 74,08 anos*. Recuperado em 09 abril, 2013, de: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2271>.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *IBGE divulga Indicadores Demográficos e de Saúde*. Recuperado em 09 abril, 2013, de: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=1445>.
- Brasil.** *Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Recuperado em 08 julho, 2013, de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741.htm).
- Brasil. *Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994*. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Recuperado em 8 julho, 2013, de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm).
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_envelhecimento\\_v12.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf).
- Brasil. *Portaria n.º 2.528 de 19 de outubro de 2006*. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Recuperado em 08 julho, 2013, de: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>.
- Camara, F. M., Gerez, A. G., Miranda, M. L. de J., & Velardi, M. (2008). Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendências. *Acta Fisiátrica*, 15(4), 249-256. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103005>.
- Conill, E. M. (2009). Sistemas Comparados de Saúde. In: *Tratado de Saúde Coletiva*, 563-613. São Paulo, SP: Hucitec. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2555397/mod\\_resource/content/2/Sistemas%20comparados%20de%20sa%C3%BAde.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2555397/mod_resource/content/2/Sistemas%20comparados%20de%20sa%C3%BAde.pdf).
- Davies, C., Knuiman, M., & Rosenberg, M. (2016). The art of being mentally healthy: a study to quantify the relationship between recreational arts engagement and mental well-being in the general population. *BMC Public Health*, 16:15. Recuperado em 01 janeiro, 2017, de: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2672-7>.



Ferri, C. P., Acosta, D., Guerra, M., Huang, Y., Libre-Rodriguez, J. J., Salas, A., Sosa, A. L., Williams, J. d., Gaona, C., Lui, Z., Noriega-Fernandez, L., Jotheeswaran, A. T., & Prince, M. J.. (2012). Socioeconomic Factors and All Cause and Cause-Specific Mortality among Older People in Latin America, India, and China: A Population-Based Cohort Study. *PLoS Medicine*, 9. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001179>.

Góis, A. L. B., & Veras, R. P. (2010). Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2859-2869. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600023>.

Harvard School of Public Health. (2011). *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases: a report by the World Economic Forum*. USA: Harvard. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18806en/s18806en.pdf>.

Kachan, D., Fleming, L. E., Christ, S., Muennig, P., Prado, G., Tannenbaum, S. L., Yang, X., Caban-Martinez, A. J., Lee, D. (2015). Health Status of Older US Workers and Nonworkers, National Health Interview Survey, 1997-2011. *Public Health Research, Practice and Policy*, 12, 162. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd12.150040>.

Manso, M. E. G. (2015). *Saúde e Doença: do controle sobre os corpos à perspectiva do adoecido*. São Paulo, SP: Max Limonad.

Manso, M. E. G., & Galera, P. (2015). Perfil de um Grupo de Idosos participantes de um Programa de Prevenção de Doenças Crônicas. *Revista Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento UFRGS*, 20(1), 57-71. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/41264/34921>.

Olshansky, S. J., Beard, J., & Börsch-Supan, A. (2012). The Longevity Dividend: Health as an Investment. In: *Global Population Ageing: Peril or Promise?* Recuperado em 24 setembro, 2012, de: <http://www.hsph.harvard.edu/pgda/working.htm>.

OECD. (2008). Organisation for Economic Co-Operation and Development. *Health Working Paper n.º 32. The Prevention of Lifestyle-Related Chronic Diseases: an Economic Framework*. Genebra, Suíça: OECD.

OMS. (2015). Organização Mundial de Saúde. *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Genebra, Suíça: OMS. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf).

OPAS. (2012). Organização Pan-Americana de Saúde. *Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <http://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>.

Rodrigues, M. A. P., Facchini, L. A., Thumé, E., & Maia, F. (2009). Gênero e incidência de incapacidade funcional em idosos: revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública [online]*, 25(suppl. 3), S464-S476. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: <https://pdfs.semanticscholar.org/a614/dd1a30d5980bdd5bae98177038eaa732362f.pdf>.

Zucchi, P., Del Nero, C., & Malik, A. M. (2000). Gastos em saúde: os fatores que agem da demanda e na oferta dos serviços de saúde. *Saúde e Sociedade*, 9(1/2), 127-150, 2000. Recuperado em 01 outubro, 2016, de: [http://www.mpgp.mp.br/portalweb/hp/2/docs/gastos\\_saude\\_fatores\\_demanda.pdf](http://www.mpgp.mp.br/portalweb/hp/2/docs/gastos_saude_fatores_demanda.pdf).

Recebido em 08/11/2017

Aceito em 30/12/2017

---

**Maria Elisa Gonzalez Manso** - Médica. Mestre em Gerontologia Social e Doutora em Ciências Sociais-PUC-SP. Pós-doutoranda em Gerontologia, PUC-SP. Pesquisadora do Grupo CNPq-PUC-SP “Saúde, Cultura e Envelhecimento”.

E-mail: mansomeg@hotmail.com