COMO PREPARAR O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO PARA ENFRENTAR O ENVELHECIMENTO, TENDO EM VISTA A MUDANÇA DO PERFIL DEMOGRÁFICO

EDGAR NUNES DE MORAES*

* Graduado em Medicina e professor universitário da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). É também coordenador do Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG, coordenador do Centro de Referência do Idoso do Hospital das Clínicas (HC-UFMG), e coordenador do Programa de Residência Médica em Geriatria do HC-UFMG. Atualmente, dedica-se às seguintes áreas de pesquisa: Modelos de Atenção à Saúde do Idoso, Binômio Depressão e Demência no Idoso, Idoso institucionalizado e Osteoporose, quedas, fratura de fêmur e fragilidade. Membro do Comitê Assessor do Ministério da Saúde na área de Saúde do Idoso.

O envelhecimento rápido da população brasileira, aliado ao aumento da esperança de vida em idades avançadas e ao aumento da longevidade dos idosos, implicou não apenas o aumento do peso relativo da população idosa em relação às outras faixas etárias, mas também o aumento do número absoluto dos indivíduos de 60 anos e mais, em período de tempo bastante curto se comparado aos países desenvolvidos. Isso traz profundas consequências à estruturação das redes de atenção à saúde, com maior carga de doenças crônicas e incapacidades funcionais. O sistema de saúde brasileiro, tendo em vista seu modelo hospitalocêntrico que vigorou até há poucas décadas e o despreparo para a nova realidade populacional, ainda está mais comprometido com as condições agudas de saúde; contudo, mais recentemente, tem despertado para o enfrentamento das condições crônicas. A *Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas* é importante iniciativa do Ministério da Saúde e demais gestores estaduais e municipais no reconhecimento da importância da abordagem adequada das condições crônicas, com atenção a aspectos específicos, como: alimentação saudável, atividade física, redução do consumo de álcool e suspensão do tabagismo, em conjunto com intervenções direcionadas à hipertensão arterial e ao *diabetes mellitus*, que são altamente prevalentes e associados à elevada mor-

Contribuíram na revisão deste artigo: Flávia Lanna de Moraes, Carla Jorge Machado e Juliana Alves do Carmo.

bimortalidade. A prevalência de doenças crônicas em idosos é elevada, atingindo a maior parte deles. Envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais exceção que regra. Nessa perspectiva, os idosos brasileiros estariam contemplados com essa nova modelagem do sistema de saúde. Todavia, a pessoa idosa não pode ser encarada como um somatório de doenças crônico-degenerativas, intercaladas por condições agudas. Assim, se saúde ainda fosse a ausência de doenças, não teríamos qualquer idoso saudável. A maioria dos idosos tem doenças ou disfunções orgânicas que, felizmente, na maioria das vezes, não estão associadas à limitação das atividades ou à restrição da participação social. Assim, mesmo apresentando doenças, o idoso pode continuar desempenhando as suas atividades e os papéis sociais. Dessa forma, a saúde pode ser definida como uma medida da capacidade de realização de aspirações e da satisfação das necessidades e não simplesmente como a ausência de doenças. Temos, então, um novo indicador de saúde, a capacidade funcional. O foco da saúde está estritamente relacionado à funcionalidade global do indivíduo, definida como a capacidade de gerir a própria vida e de cuidar de si mesmo. A pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar as tarefas do cotidiano, de forma independente e autônoma, mesmo na presença de doenças.

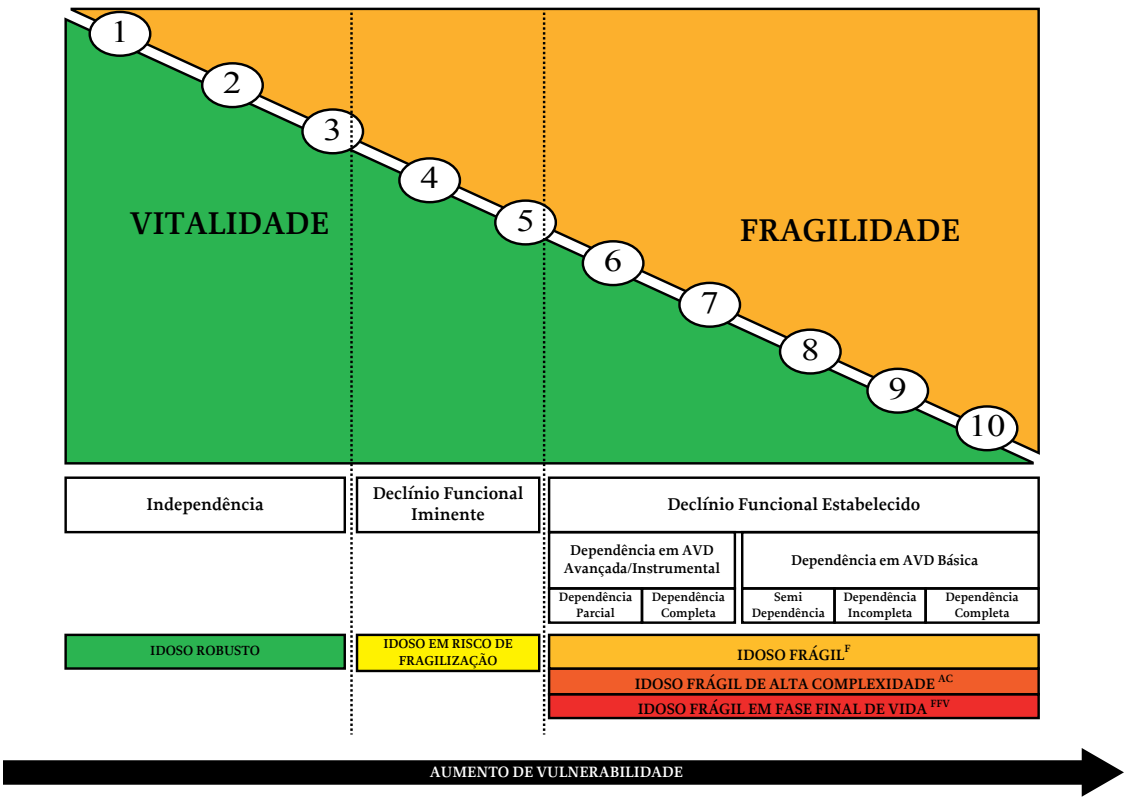
Assim, a funcionalidade global é a base do conceito de saúde do idoso. O declínio funcional é a perda da autonomia e/ou da independência, pois restringe a participação social do indivíduo. Por sua vez, a independência e a autonomia estão intimamente relacionadas ao funcionamento integrado e harmonioso de sistemas funcionais como a cognição, o humor/comportamento, a mobilidade e a comunicação. A perda da independência e/ou autonomia é decorrente das principais incapacidades associadas ao envelhecimento, conhecidas como as "Grandes Síndromes Geriátricas" ou "Gigantes da Geriatria": incapacidade cognitiva (demências), instabilidade postural (quedas, dificuldade para andar sozinho), incontinência esfincteriana (perda não intencional de urina ou fezes), imobilidade (idoso acamado) e incapacidade comunicativa (surdez, cegueira, por exemplo). A presença destas condições crônicas de saúde aumenta a complexidade do manejo clínico e o risco de iatrogenia. Esta pode ser definida como o conjunto de intervenções inadequadas realizadas por profissionais da saúde, por desconhecimento das particularidades do processo de envelhecimento, sendo capaz de prejudicar a saúde do idoso, causando declínio funcional e aumento da mortalidade. Essas incapacidades estão associadas a maior demanda de cuidados de longa duração, usualmente realizados pela família, que, na maioria das vezes, não se encontra preparada para essa nova função, quando, então, se apresenta a insuficiência familiar. Percebe-se, dessa forma, que a presença de declínio funcional, capaz de restringir a autonomia e a independência do indivíduo, não pode ser atribuída ao envelhecimento normal, mas sim à presença de incapacidade funcional, resultante das Grandes Síndromes Geriátricas, de forma isolada ou associada (poli-incapacidades). Este declínio funcional não deve ser considerado "normal da idade", pois representa o principal determinante de desfechos negativos, como o desenvolvimento de outras incapacidades e piora funcional, institucionalização, hospitalização e morte. Usualmente, as causas são múltiplas e multifatoriais, frequentemente associadas à presença de doenças crônico-degenerativas, polifarmácia, sarcopenia e alto risco de iatrogenia.

Atualmente, todos os sistemas de saúde estão extremamente preocupados com essa maior vulnerabilidade do idoso a desfechos adversos, como institucionalização, dependência ou morte. O termo FRAGILIDADE é cada vez mais utilizado para representar essa maior vulnerabilidade do idoso. O desafio atual é a operacionalização desse conceito de fragilidade, a fim de permitir o seu reconhecimento e estabelecer intervenções capazes de maximizar a independência e a autonomia do indivíduo e impedir ou retardar o surgimento de desfechos adversos. É crescente a ideia de que a fragilidade é multidimensional e que sua operacionalização deve considerar componentes sociodemográficos, clínicos, funcionais, afetivos, cognitivos e físicos. Assim, o conceito de fragilidade pode ser definido como a **redução da reserva homeostática e/ou da capacidade de adaptação às agressões biopsicossociais e, consequentemente, maior vulnerabilidade ao declínio funcional**. Apresenta, portanto, um componente clínico-funcional e outro sociofamiliar, resgatando a importância dos aspectos biopsicossociais da saúde.

O componente clínico-funcional tem o declínio funcional como a principal manifestação de vulnerabilidade e é o foco da intervenção geriátrica e gerontológica, independentemente da idade do paciente. Pode ser estabelecido ou iminente. Declínio funcional estabelecido é a presença de incapacidade funcional ou de dependência propriamente dita. Declínio funcional iminente é a presença de condições crônicas preditoras de dependência funcional, como idade avançada, comorbidades múltiplas (polipatologia, polifarmácia e sarcopenia). O modelo de classificação clínico-funcional proposto é baseado em uma visão de saúde pública, fortemente ancorado na multidimensionalidade dos determinantes da saúde do idoso, sem desprezar a importância das doenças ou das alterações físicas, como a sarcopenia. Nele, o termo FRAGILIDADE é utilizado para representar as seguintes situações: a) presença de condições crônicas preditoras de declínio funcional, institucionalização e/ou óbito; e b) dependência funcional estabelecida. Dessa forma, os idosos podem ser classificados em: **Idoso Robusto**: é o idoso capaz de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma e não apresenta incapacidade funcional ou condição crônica de saúde associada a maior vulnerabilidade. **Idoso em Risco de Fragilização**: é o idoso capaz de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma, todavia que encontra-se em um estado dinâmico entre senescência e senilidade, resultando na presença de limitações funcionais (declínio funcional iminente), mas sem dependência funcional. Apresenta uma ou mais condições crônicas de saúde preditoras de desfechos adversos, como: a) evidências de sarcopenia: presença de alterações da massa e da função muscular (força e desempenho muscular); b) Presença de comorbidades múltiplas representadas por polipatologia (presença simultânea de cinco ou mais condições crônicas de saúde, acometendo sistemas fisiológicos diferentes) ou polifarmácia (uso regular e concomitante de cinco ou mais medicamentos por dia para condições crônicas diferentes) ou história de internações recentes (6 meses) e/ou pós-alta hospitalar. **Idoso Frágil**: é o idoso com declínio funcional estabelecido e incapaz de gerenciar sua vida, em virtude da presença de incapacidades únicas ou múltiplas.

O envelhecimento do indivíduo está intimamente associado ao processo de fragilização, mas há uma relação de causa e efeito direta, pois não segue um padrão

Figura 1 – Classificação Analógica de Fragilidade Clínico-Funcional dos Idosos



homogêneo de evolução, justificando a heterogeneidade presente em indivíduos idosos da mesma idade cronológica. Para expressar de forma mais clara os vários subtipos de idosos, sugerimos a adoção de uma **estratificação clínico-funcional** mais detalhada, com base na funcionalidade do indivíduo (Figura 1). Assim, os idosos robustos podem ser subdivididos em três estratos (1, 2 e 3), os idosos em risco de fragilização em dois estratos (4 e 5) e os frágeis em cinco estratos (6, 7, 8, 9 e 10).

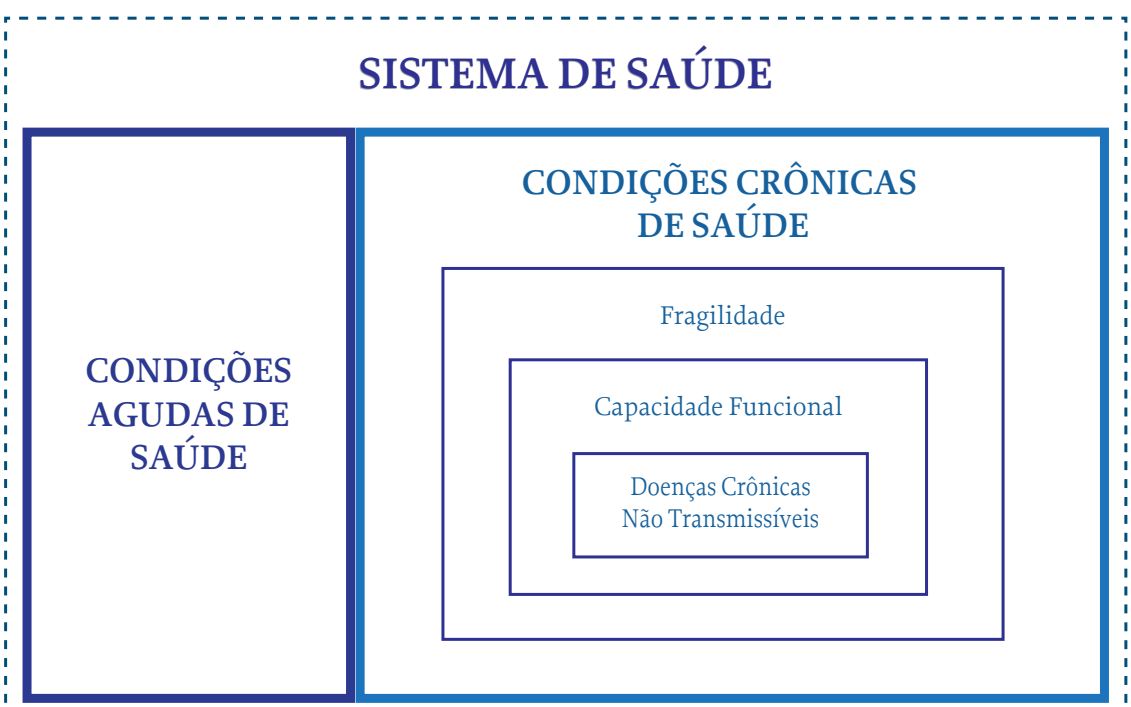
O termo fragilidade inclui o idoso em risco de fragilização e o idoso frágil propriamente dito. Esta proposta de classificação clínico-funcional do idoso não nega a importância do diagnóstico correto e bem feito das doenças, dentro da complementariedade proposta pela Classificação Internacional de Funcionalidade e das morbidades, como registrado na Classificação Internacional das Doenças. Ela propõe ampliar a importância da funcionalidade, no contexto do envelhecimento, sabendo-se que, sendo idosa, a pessoa vive, provavelmente, com uma ou mais patologias.

O componente sociofamiliar da fragilidade resgata a importância de outros determinantes da saúde, como: sexo, raça/cor, escolaridade, estado civil, arranjos familiares, viuvez recente, idoso cuidador, participação e apoio social, acesso a serviços e situação laboral. A avaliação da saúde do idoso deve, portanto, utilizar informações sobre os aspectos clínico-funcionais e sociofamiliares, resgatando o conceito de saúde como sendo "o estado de mais completo bem-estar biopsicossocial, e não, simplesmente, a ausência de doenças" (Organização Mundial da Saúde, 1947).

Como vimos, a saúde do idoso frágil é caracterizada pela presença de múltiplas condições clínicas, poli-incapacidades, polifarmácia, propedêutica complementar extensa e vários especialistas envolvidos no cuidado. A resposta do sistema de saúde é, usualmente, fragmentada, tanto no que se refere à integralidade quanto à continuidade do cuidado, o que não está de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde e necessita ser objeto de intervenção. Utilizamos o termo microgestão da clínica para descrever a integralidade do cuidado, cujo objetivo é a definição das demandas biopsicossociais do paciente e todas as intervenções preventivas, curativas, paliativas e reabilitadoras propostas para manter ou recuperar a saúde. Por sua vez, a macrogestão da clínica é o processo de coordenação e continuidade do cuidado prestado pela atenção primária, secundária e terciária, de forma integrada. A gestão da clínica é o processo de gestão da saúde do indivíduo, englobando o cuidado integral (microgestão da clínica) e o cuidado integrado (macrogestão da clínica).

O principal objetivo das intervenções propostas depende diretamente do estrato clínico-funcional mostrado na figura acima. Nos idosos classificados como robustos (estrato 1, 2 e 3), o objetivo é a manutenção da independência e da autonomia. Representam a maior parte dos idosos (50 a 60%). As intervenções promocionais, preventivas e curativas são as mais importantes. Já entre os idosos em risco de fragilização, que representam de 10 a 20% dos idosos, todo cuidado deve ser tomado para identificar as condições preditoras de desfechos adversos e intervir rapidamente, para que o idoso não apresente declínio funcional e torne-se dependente. Esta po-

Figura 2 – Modelo de Atenção à Saúde do Idoso



pulação é alvo de atenção por todos os sistemas de saúde dos países desenvolvidos, por representar uma potencial ameaça futura, que deve ser reconhecida e abordada precocemente. Por sua vez, nos idosos frágeis, que representam cerca de 20 a 30% dos idosos, as intervenções têm como objetivo principal a recuperação da autonomia e independência. Nesta população, as intervenções mais eficazes para o ganho funcional são, por ordem de prioridade:

- redução da iatrogenia e suspensão de "drogas fúteis";
- definição de metas terapêuticas individualizadas e priorização dos cuidados, com envolvimento integral do paciente e de sua família;
- intervenções terapêuticas nas condições de saúde subdiagnosticadas e/ou subtratadas;
- reabilitação;
- prevenção secundária;
- prevenção primária.

Dessa forma, o atendimento adequado das condições agudas de saúde e das doenças crônicas não transmissíveis não é suficiente para essa nova população ainda desconhecida, os idosos frágeis. O aumento da esperança de vida em idades mais avançadas e o aumento da longevidade dos idosos são grandes conquistas da humanidade, que deve ser sempre celebrada. Entretanto, ele está intimamente associado à fragilidade. Assim, o sistema de saúde precisa estar preparado para atuar precocemente nos determinantes e nas consequências da fragilidade. A melhoria da qualidade de vida do idoso frágil, cujo aumento em número e percentual se dá a velocidades cada vez mais rápidas no país, representa o principal desafio do sistema de saúde brasileiro (Figura 2). ■

Leitura Sugerida

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Baixe o livro
goo.gl/7Hgro1

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

Baixe o livro
goo.gl/aW3SnV

MORAES, E. N.; LANNA, F. M. **Avaliação multidimensional do idoso**. Folium, 2014 (disponível na versão impressa e eletrônica – aplicativo para iPad).

Conheça o livro
goo.gl/FkmpA0

CAMARGOS, M. C. S.; MACHADO, C. J. O idoso frágil: uma proposta de abordagem na saúde. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 5, páginas 345-350, 2013.

Baixe o artigo
goo.gl/6ZjcRT