

O médico especialista em Medicina Preventiva e Social como coordenador do cuidado à pessoa idosa no Sistema Único de Saúde: gestão, integração da rede e sustentabilidade

The preventive and social medicine specialist as coordinator of care for older adults in the Brazilian Unified Health System: management, network integration and sustainability

Leonardo Oliveira Ferreira Bianchini

Bárbara Fhyldsz Motta Miranda Medeiros

Elaine Redivo Lopes

Elson Bianchini Ferreira Júnior

Flávia Pereira Reis

Jéssica de Oliveira Macedo

Jucelio Alves Torres

Juliana Matoso Aliprandi

Juliane Rodrigues Fernandes Viana

Paula Força Dellacqua

RESUMO

O envelhecimento acelerado da população brasileira impõe ao Sistema Único de Saúde (SUS) o desafio de reorganizar seus serviços para responder ao aumento de condições crônicas, da dependência funcional e da demanda por cuidados de longa duração. Este artigo tem como objetivo analisar o papel do médico especialista em Medicina Preventiva e Social como gestor e coordenador do cuidado à pessoa idosa no SUS, com ênfase na articulação entre a Atenção Primária à Saúde (APS), as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), os centros-dia e a atenção domiciliar. Trata-se de uma revisão bibliográfica descritiva, fundamentada em documentos normativos do SUS, publicações institucionais e literatura científica

sobre redes de atenção à saúde e envelhecimento. Os resultados da análise indicam que a atuação desse especialista transcende a assistência individual, concentrando-se na análise situacional de saúde, na coordenação de ações intersetoriais, na gestão da capacidade funcional e na condução de equipes multiprofissionais. Discute-se ainda a alocação de recursos orientada por risco e por necessidade, como estratégia para qualificar a prestação de serviços e assegurar a sustentabilidade do sistema. Conclui-se que a consolidação de um sistema de saúde resolutivo para a população idosa exige que o médico sanitарista e gestor integre os diversos níveis de atenção, evite a fragmentação dos fluxos assistenciais e enfrente os desafios contemporâneos do envelhecimento, garantindo o direito constitucional à saúde de forma plena e qualificada.

Palavras-chave: Medicina Preventiva e Social. Saúde da pessoa idosa. Atenção Primária à Saúde. Redes de Atenção à Saúde. Gestão em saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The accelerated aging of the Brazilian population challenges the Unified Health System (SUS) to reorganize its services in response to the increase in chronic conditions, functional dependence and demand for long-term care. This article aims to analyze the role of the preventive and social medicine specialist as manager and coordinator of care for older adults within SUS, with emphasis on the articulation between Primary Health Care (PHC), long-term care facilities, day-care centers and home care services. This is a descriptive bibliographic review based on SUS regulatory documents, institutional publications and scientific literature on health care networks and aging. The analysis indicates that this specialist's work transcends individual care, focusing on situational health analysis, coordination of intersectoral actions, management of functional capacity and leadership of multiprofessional teams. Risk- and need-based resource allocation is also discussed as a strategy to improve service delivery and ensure system sustainability. It is concluded that the consolidation of a resolute health system for the older population requires the public health physician and manager to integrate the different levels of care, avoid fragmentation of care flows and face the contemporary challenges of aging, guaranteeing the constitutional right to health in a full and qualified manner.

Keywords: Preventive and Social Medicine. Health of older adults. Primary Health Care. Health Care Networks. Health management. Unified Health System.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), pactuado sobre os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, demanda uma ação técnica e estratégica para a sua efetividade (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990). A garantia constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, expressa nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988, exige mais do que a oferta de serviços assistenciais: pressupõe planejamento, coordenação, regulação e avaliação permanentes das políticas e das redes de atenção.

Nesse cenário, o médico especialista em Medicina Preventiva e Social assume um papel central como gestor do cuidado e articulador da equipe multiprofissional. Sua atuação transcende a assistência individual, concentrando-se na análise situacional de saúde das populações, na coordenação de ações intersetoriais e na organização dos fluxos assistenciais entre os diferentes pontos de atenção (CAMPOS et al., 2013; GIOVANELLA et al., 2012).

A relevância dessa atuação torna-se ainda mais evidente diante da mudança do perfil demográfico brasileiro. O Censo Demográfico de 2022 evidenciou o crescimento expressivo da população com 60 anos ou mais, acompanhado da redução da população jovem, configurando uma transição demográfica acelerada quando comparada à experiência de países de renda alta (IBGE, 2023). A essa transição associa-se a transição epidemiológica, com predomínio das condições crônicas e das situações de multimorbidade e dependência funcional, que exigem modelos de atenção contínuos, coordenados e proativos (MENDES, 2011; VERAS; OLIVEIRA, 2018).

O envelhecimento populacional impõe, portanto, uma questão estratégica ao SUS: como organizar uma rede de suporte à pessoa idosa, em especial àquela com dependência funcional e sem suporte familiar, de modo a garantir cuidado integral sem fragmentação? A resposta a essa pergunta passa, necessariamente, pela Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, integrada às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), aos

centros-dia e à atenção domiciliar (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2006; BRASIL, 2016).

Este artigo discute o papel do médico especialista em Medicina Preventiva e Social nesse processo, compreendendo-o como administrador dos fluxos assistenciais, mediador da articulação da rede de suporte ao idoso e agente estratégico para a sustentabilidade do sistema de saúde.

OBJETIVO

Analisar, por meio de revisão bibliográfica, o papel do médico especialista em Medicina Preventiva e Social como gestor e coordenador do cuidado à pessoa idosa no SUS, com ênfase na integração entre os níveis de atenção, na articulação da rede de suporte social e na alocação de recursos orientada pela qualidade e pela sustentabilidade do sistema.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, descritiva e de abordagem qualitativa, desenvolvida a partir da análise de documentos normativos do SUS (Constituição Federal de 1988; Lei nº 8.080/1990; Decreto nº 7.508/2011; Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; normativas de atenção domiciliar), publicações institucionais do Ministério da Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, além de literatura científica sobre redes de atenção à saúde, envelhecimento populacional e gestão em saúde.

Foram utilizados como eixos de busca e análise os seguintes descritores e combinações: “Medicina Preventiva e Social”, “saúde do idoso”, “Atenção Primária à Saúde”, “coordenação do cuidado”, “Redes de Atenção à Saúde”, “Instituições de Longa Permanência para Idosos”, “atenção domiciliar” e “gestão em saúde”. Foram priorizadas publicações e normativas com reconhecida relevância para a organização do SUS e para a política de atenção à pessoa idosa, analisadas de forma qualitativa quanto à contribuição para a compreensão do papel gestor do especialista em Medicina Preventiva e Social.

DISCUSSÃO

O médico preventivista como gestor do cuidado e da capacidade funcional

A formação em Medicina Preventiva e Social habilita o especialista a operar em uma dupla dimensão: a clínica-populacional, orientada pela epidemiologia e pela análise situacional de saúde, e a gerencial, orientada pelo planejamento, pela regulação e pela avaliação de serviços e políticas (CAMPOS et al., 2013). No campo do envelhecimento, essa dupla dimensão se traduz na gestão da capacidade funcional como eixo organizador do cuidado.

A capacidade funcional — e não a doença isoladamente — constitui o principal marcador de saúde da pessoa idosa, orientando a estratificação de risco, a definição de planos de cuidado e a alocação de recursos (MORAES, 2012; VERAS; OLIVEIRA, 2018). Ao médico sanitário cabe implantar instrumentos de avaliação multidimensional, organizar linhas de cuidado baseadas na estratificação da população idosa e conduzir equipes multiprofissionais capazes de responder às necessidades identificadas, papel convergente com as metas da Década do Envelhecimento Saudável 2021–2030 (OPAS, 2021).

A APS como coordenadora do cuidado e a articulação da rede de suporte ao idoso

Devido à mudança do perfil demográfico brasileiro, o especialista em Medicina Preventiva e Social tem papel importante na mediação da articulação da rede de suporte à pessoa idosa — em especial os idosos dependentes, sem suporte familiar e com dependência funcional — junto à APS como coordenadora do cuidado (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2017).

Essa coordenação exige integração efetiva entre a APS e os demais dispositivos de cuidado de longa duração: as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), os centros-dia e a atenção domiciliar. As ILPI, historicamente situadas na fronteira entre a assistência social e a saúde, demandam vinculação formal às equipes da atenção primária e protocolos claros de referência e contrarreferência (CAMARANO; KANSO, 2010). Os centros-dia, por sua vez, configuram alternativa intermediária que preserva o vínculo familiar e comunitário, enquanto a atenção domiciliar, regulamentada no SUS pelo programa Melhor em

Casa, permite a desospitalização segura e o cuidado continuado no território (BRASIL, 2016).

Nesse arranjo, o médico preventivista atua como administrador dos fluxos assistenciais, evitando sistemas fragmentados. A fragmentação — caracterizada pela descontinuidade do cuidado, pela duplicação de procedimentos e pela ausência de comunicação entre os pontos de atenção — é apontada como um dos principais obstáculos à efetividade dos sistemas de saúde contemporâneos, e sua superação depende da constituição de Redes de Atenção à Saúde coordenadas pela APS (MENDES, 2011; BRASIL, 2011).

Financiamento, alocação por risco e sustentabilidade do sistema

A gestão qualificada do cuidado à pessoa idosa também garante que os recursos de financiamento da atenção ao idoso sejam atribuídos segundo os riscos e as necessidades identificadas, com foco na qualidade da prestação de serviços e na sustentabilidade do sistema. A alocação orientada por estratificação de risco permite concentrar intervenções de maior densidade tecnológica nos idosos frágeis e com múltiplas condições crônicas, ao mesmo tempo em que fortalece as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos para os idosos robustos (MENDES, 2011; MORAES, 2012).

Trata-se de aplicação direta dos princípios da equidade e da eficiência alocativa: recursos finitos, definidos no marco da Lei Complementar nº 141/2012 e das regras de repasse interfederativo, devem ser direcionados para onde produzem maior ganho de saúde. Modelos de atenção centrados na hospitalização tardia e na resposta episódica a agudizações mostram-se mais onerosos e menos efetivos do que modelos proativos, coordenados pela APS e apoiados em cuidados de longa duração comunitários (VERAS; OLIVEIRA, 2018; OPAS, 2021). O médico especialista em Medicina Preventiva e Social, ao dominar instrumentos de avaliação econômica, monitoramento de indicadores e auditoria de serviços, torna-se ator-chave dessa racionalização, sem que ela signifique restrição de direitos, mas sim qualificação do gasto.

Desafios contemporâneos e o direito constitucional à saúde

A consolidação de um sistema de saúde resolutivo exige que o médico sanitарista e gestor utilize ferramentas que integrem os diversos níveis de atenção — primária, secundária e terciária — e que saiba enfrentar os desafios contemporâneos do envelhecimento: o crescimento da demanda por cuidados de longa duração, a insuficiência de cuidadores formais e informais, as desigualdades regionais de acesso, a incorporação de tecnologias de informação e telessaúde e a necessidade de coordenação intersetorial entre saúde, assistência social e previdência (BRASIL, 2006; GIOVANELLA et al., 2012; OPAS, 2021).

O enfrentamento desses desafios não é apenas uma questão técnica, mas a condição concreta para a garantia do direito constitucional à saúde de forma plena e qualificada. A integralidade do cuidado à pessoa idosa — do domicílio ao hospital, da promoção da saúde aos cuidados paliativos — materializa o comando do artigo 196 da Constituição Federal e o disposto no Estatuto da Pessoa Idosa, que assegura atenção integral à saúde por intermédio do SUS (BRASIL, 1988; BRASIL, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise realizada evidencia que o médico especialista em Medicina Preventiva e Social ocupa posição estratégica na resposta do SUS ao envelhecimento populacional. Sua atuação como gestor da capacidade funcional, articulador da equipe multiprofissional e administrador dos fluxos assistenciais é condição para a superação da fragmentação do cuidado e para a constituição de uma rede de suporte efetiva à pessoa idosa, integrando a APS, as ILPI, os centros-dia e a atenção domiciliar.

A alocação de recursos orientada por risco e por necessidade, conduzida com base em evidências epidemiológicas e instrumentos de gestão, qualifica a prestação de serviços e contribui para a sustentabilidade do sistema, sem comprometer — antes, assegurando — o direito constitucional à saúde. Em suma, a consolidação de um sistema de saúde resolutivo para a população idosa brasileira exige que o médico sanitарista e gestor integre os diversos níveis de atenção e enfrente os desafios contemporâneos do envelhecimento, garantindo cuidado pleno, contínuo e qualificado.

Recomenda-se que estudos futuros avaliem empiricamente experiências municipais e regionais de coordenação do cuidado à pessoa idosa lideradas por especialistas em Medicina Preventiva e Social, mensurando seus efeitos sobre indicadores de hospitalização, capacidade funcional e custos assistenciais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080/1990, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2017.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 27, n. 1, p. 232-235, 2010.

CAMPOS, G. W. de S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2022: população por idade e sexo. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

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

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Década do Envelhecimento Saudável nas Américas (2021-2030). Washington, D.C.: OPAS, 2021.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018.