

Envelhecimento populacional, estratificação do cuidado e modelos de remuneração no Sistema Único de Saúde: do pagamento por procedimento ao cuidado centrado no paciente

Population aging, care stratification and payment models in the Brazilian Unified Health System: from fee-for-service to patient-centered care

Leonardo Oliveira Ferreira Bianchini
Bárbara Fhyldsz Motta Miranda Medeiros
Elson Bianchini Ferreira Júnior
Flávia Pereira Reis
Juliana Matoso Aliprandi
Juliane Rodrigues Fernandes Viana
Paula Força Dellacqua
Rúbia Sousa de Araújo

RESUMO

O achatamento da base da pirâmide demográfica brasileira sofre um processo de aceleração significativo, configurando um desafio para o futuro socioeconômico do país e também para a saúde, que demandará mais recursos e mais infraestrutura. Este artigo tem como objetivo analisar as implicações do envelhecimento populacional sobre a organização assistencial e o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), discutindo a estratificação do cuidado à pessoa idosa e a transição dos modelos de remuneração por procedimento para modelos centrados no paciente e em resultados. Trata-se de uma revisão bibliográfica descritiva, fundamentada em documentos normativos do SUS, publicações institucionais e literatura científica sobre financiamento, redes de atenção e envelhecimento. A análise indica que, com frequência, o SUS se torna o refúgio da população idosa em internações e leitos de UTI, evidenciando a necessidade de alteração do modelo de assistência: de um

desenho focado em doenças e eventos agudos para o envolvimento multidisciplinar orientado pelas necessidades dos idosos. A Atenção Primária à Saúde (APS), junto à Rede de Atenção à Saúde (RAS), tem por objetivo comum promover o cuidado integral, ordenando os fluxos de atendimento e estratificando, segundo graus de comprometimento físico, mental e socioeconômico, os idosos que necessitam de cuidados — na unidade básica de saúde, no cuidado domiciliar ou nas instituições de longa permanência. Discute-se ainda o planejamento como processo dinâmico e contínuo de realocação de recursos financeiros entre as esferas federal, estadual e municipal, e a insustentabilidade do pagamento por procedimentos como métrica, defendendo sua substituição por um sistema mais justo, no qual o paciente é quem é cuidado. Conclui-se que é de extrema importância que o governo trabalhe junto à APS, com seus profissionais e equipe multidisciplinar, a fim de sanar os problemas assistenciais e manter a sustentabilidade das instituições.

Palavras-chave: Envelhecimento populacional. Financiamento da saúde. Modelos de remuneração. Estratificação de risco. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The flattening of the base of the Brazilian demographic pyramid is undergoing a significant acceleration process, posing a challenge to the country's socioeconomic future and also to health care, which will demand more resources and more infrastructure. This article aims to analyze the implications of population aging for the organization and financing of the Brazilian Unified Health System (SUS), discussing the stratification of care for older adults and the transition from fee-for-service payment models to patient- and outcome-centered models. This is a descriptive bibliographic review based on SUS regulatory documents, institutional publications and scientific literature on financing, health care networks and aging. The analysis indicates that SUS frequently becomes the refuge of the older population in hospitalizations and ICU beds, highlighting the need to change the care model: from a design focused on diseases and acute events to multidisciplinary engagement guided by older adults' needs. Primary Health Care (PHC), together with the Health Care Network, shares the objective of promoting comprehensive care, organizing care flows and stratifying, according to degrees of physical, mental and

socioeconomic impairment, the older adults who need care — at the primary care unit, in home care or in long-term care facilities. Planning is also discussed as a dynamic and continuous process of reallocating financial resources among the federal, state and municipal levels, as well as the unsustainability of fee-for-service as a metric, arguing for its replacement by a fairer system in which the patient is the one who is cared for. It is concluded that it is extremely important for the government to work together with PHC, its professionals and the multidisciplinary team, in order to solve care problems and maintain the sustainability of institutions.

Keywords: Population aging. Health financing. Payment models. Risk stratification. Primary Health Care. Unified Health System.

INTRODUÇÃO

Hoje, no Brasil, o achatamento da base da pirâmide demográfica sofre um processo de aceleração significativo. A queda sustentada da fecundidade, combinada ao aumento da longevidade, redesenha a estrutura etária do país em ritmo mais rápido do que o observado historicamente nos países de renda alta, configurando um desafio para o futuro socioeconômico do país e também para a saúde, que demandará mais recursos e mais infraestrutura (IBGE, 2023; VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Por muitas vezes, o SUS se torna o refúgio da população idosa em inúmeras internações e leitos de UTI. A resposta hospitalocêntrica e tardia às agudizações de condições crônicas é a expressão mais visível de um modelo assistencial que precisa ser alterado: focado em doenças e eventos, ele responde mal às necessidades de uma população que envelhece e requer envolvimento multidisciplinar, contínuo e proativo (MENDES, 2011; PAIM et al., 2011).

Este artigo discute essa mudança em três eixos: a organização do cuidado estratificado à pessoa idosa pela Atenção Primária à Saúde (APS) e pela Rede de Atenção à Saúde (RAS); o planejamento como processo dinâmico e contínuo de realocação de recursos entre as esferas de governo; e a transição dos modelos de remuneração por procedimento para modelos centrados no paciente e em resultados.

OBJETIVO

Analisar, por meio de revisão bibliográfica, as implicações do envelhecimento populacional acelerado sobre a organização assistencial e o financiamento do SUS, com ênfase na estratificação do cuidado à pessoa idosa, na realocação interfederativa de recursos e na substituição do pagamento por procedimentos por modelos de remuneração mais justos e centrados no paciente.

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; Lei Complementar nº 141/2012; diretrizes das Redes de Atenção à Saúde; normativas do financiamento da atenção primária), publicações institucionais e literatura científica sobre financiamento em saúde, modelos de remuneração, estratificação de risco e envelhecimento populacional.

Foram utilizados como eixos de busca e análise os seguintes descritores e combinações: “envelhecimento populacional”, “financiamento da saúde”, “modelos de pagamento”, “pagamento por procedimento”, “saúde baseada em valor”, “estratificação de risco”, “Atenção Primária à Saúde” e “Redes de Atenção à Saúde”. As publicações foram analisadas qualitativamente quanto à contribuição para a compreensão da sustentabilidade do cuidado à pessoa idosa no SUS.

DISCUSSÃO

Da assistência focada em doenças ao envolvimento multidisciplinar

A mudança demográfica exige mudanças refletidas na dinâmica do modelo assistencial. O desenho focado em doenças isoladas — cada especialidade tratando “sua” condição, sem coordenação — fragmenta o cuidado do idoso com multimorbidade e multiplica intervenções de baixo valor. O modelo requerido é o do envolvimento multidisciplinar orientado pelas necessidades globais da pessoa: funcionais, cognitivas, sociais e clínicas, integradas em um plano de cuidados único (MENDES, 2011; MORAES, 2012; VERAS; OLIVEIRA, 2018).

APS e RAS: ordenação dos fluxos e estratificação do cuidado

A Atenção Primária à Saúde, junto à Rede de Atenção à Saúde, têm em comum o objetivo de promover o cuidado integral da saúde dos cidadãos. Juntas, podem ordenar os fluxos de atendimento, estratificando, em graus de comprometimento físico, mental e socioeconômico, os idosos que necessitam de cuidados — seja na unidade básica de saúde (UBS), seja no cuidado domiciliar, seja nas instituições de longa permanência (ILPI) (BRASIL, 2010; BRASIL, 2017; STARFIELD, 2002).

A estratificação de risco é a tecnologia de gestão clínica que viabiliza essa ordenação: instrumentos de avaliação multidimensional, como o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20), permitem classificar os idosos em robustos, em risco de fragilização e frágeis, direcionando cada estrato ao ponto de atenção adequado e à intensidade de cuidado proporcional à necessidade (MORAES et al., 2016; MENDES, 2011). É necessário, para tanto, mudanças nos protocolos de atendimento e no perfil demográfico esperado dos pacientes, com equipes capacitadas para a avaliação geriátrica e sistemas de informação que sustentem a gestão da população adscrita (BRASIL, 2006; OPAS, 2021).

Planejamento e realocação contínua de recursos entre as esferas de governo

O planejamento em saúde deve ser compreendido como processo dinâmico e contínuo de realocação de recursos financeiros por meio das esferas federal, estadual e municipal para a nova realidade demográfica. O marco da Lei Complementar nº 141/2012 define os pisos de aplicação e as regras de repasse interfederativo, mas a alocação eficiente exige ir além do cumprimento formal dos mínimos: pressupõe orientar o gasto pelas necessidades estratificadas da população, pelos instrumentos do ciclo de planejamento do SUS e por indicadores de resultado (BRASIL, 2012; GIOVANELLA et al., 2012).

No financiamento federal da atenção primária, a introdução da capitação ponderada — que considera, entre outros critérios, o peso demográfico das pessoas idosas na população cadastrada — sinaliza um movimento de aproximação entre o repasse e a necessidade, ainda que sua implementação permaneça objeto de debate e avaliação (BRASIL, 2019; MASSUDA, 2020).

Do pagamento por procedimento ao cuidado baseado em valor

Indubitavelmente, a sustentabilidade do modelo de pagamento por procedimentos, usado como métrica, está por um fio. O fee-for-service remunera volume, não resultado: induz a multiplicação de atos, não recompensa a prevenção nem a coordenação e é estruturalmente inflacionário em um contexto de envelhecimento e multimorbidade (MENDES, 2011; PORTER, 2010).

Ele deveria ser substituído por um sistema mais justo, onde o paciente é quem é cuidado — isto é, por modelos de remuneração que paguem por valor: desfechos que importam para a pessoa em relação aos custos de todo o ciclo de cuidado. Arranjos como capitação ajustada por risco, pagamentos por episódio (bundles) e componentes de pagamento por desempenho deslocam o incentivo do procedimento para o resultado, alinhando o interesse financeiro dos prestadores ao interesse sanitário do usuário (PORTER, 2010; MENDES, 2011). Para a população idosa, esse alinhamento é decisivo: o valor está em preservar funcionalidade e autonomia, não em multiplicar internações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise realizada evidencia que a aceleração da transição demográfica brasileira exige transformações simultâneas no modelo assistencial e no modelo de financiamento do SUS. A APS, articulada à RAS, deve ordenar os fluxos e estratificar o cuidado segundo o comprometimento físico, mental e socioeconômico dos idosos, alocando cada pessoa ao ponto de atenção adequado — UBS, domicílio ou ILPI. O planejamento deve operar como processo dinâmico e contínuo de realocação interfederativa de recursos, e o pagamento por procedimentos deve ceder lugar a modelos centrados no paciente e em resultados.

Portanto, é de extrema importância que o governo trabalhe junto à Atenção Primária à Saúde, com seus profissionais e equipe multidisciplinar, a fim de sanar os problemas assistenciais e manter a sustentabilidade das instituições. Recomenda-se que estudos futuros avaliem empiricamente os efeitos dos novos arranjos de financiamento da APS sobre o acesso, os desfechos funcionais e os custos do cuidado à população idosa brasileira.

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. 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. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, dispondo sobre os valores mínimos a serem aplicados em saúde. Brasília, DF, 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF, 2019.

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.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020.

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.

MORAES, E. N. et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. Revista de Saúde Pública, v. 50, 81, 2016.

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

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. The Lancet, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PORTER, M. E. What is value in health care? The New England Journal of Medicine, v. 363, n. 26, p. 2477-2481, 2010.

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.