

Do foco na doença ao gerenciamento da capacidade funcional: o novo paradigma médico-assistencial do cuidado à pessoa idosa no Sistema Único de Saúde

From disease-centered care to functional capacity management: the new care paradigm for older adults in the Brazilian Unified Health System

Leonardo Oliveira Ferreira Bianchini

Elaine Redivo Lopes

Gisele Teixeira Milano Silveira

Juliana Lima Silva

Leila Santos Aguiar

Maísa Dias Pedrotti

Mario Luiz de Oliveira Gomes Frigeri

Michelle Sobreira Saramago

Olívia Lodi Gomes

Paula Força Dellacqua

RESUMO

A sociedade brasileira vem apresentando, nas últimas décadas, uma mudança na sua estrutura demográfica em virtude do desenvolvimento socioeconômico e cultural de sua população, sobretudo após a aprovação da Constituição Federal de 1988 — que consagra, no artigo 196, a saúde como direito de todos e dever do Estado — e da Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (Lei nº 8.080/1990), com os princípios de universalidade, equidade e integralidade. Este artigo tem como objetivo analisar a transição do modelo médico-assistencial centrado na doença para o gerenciamento da capacidade funcional como novo paradigma do cuidado à pessoa idosa no SUS. Trata-se de uma revisão bibliográfica descritiva, fundamentada em documentos normativos do SUS, publicações institucionais e literatura científica sobre

envelhecimento, funcionalidade e organização assistencial. A análise indica que a queda da natalidade, a redução das doenças infectocontagiosas, o envelhecimento da população e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis implicam mudanças médico-assistenciais nas quais o foco deixa de ser a doença e passa a ser o gerenciamento da capacidade funcional, visando um melhor envelhecimento da população. Torna-se cada vez mais necessária a criação de medidas assistenciais voltadas à população idosa, como as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), os centros-dia e as equipes multidisciplinares para atendimento domiciliar. Conclui-se que, com base no envelhecimento populacional, é cada vez mais necessário o aprimoramento da Atenção Primária à Saúde (APS) e de uma rede assistencial eficaz, já que o financiamento da atenção à saúde da pessoa idosa se tornará mais oneroso, exigindo políticas públicas consistentes.

Palavras-chave: Capacidade funcional. Envelhecimento populacional. Modelo assistencial. Atenção Primária à Saúde. Atenção domiciliar. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Brazilian society has undergone, in recent decades, a change in its demographic structure as a result of the socioeconomic and cultural development of its population, especially after the approval of the 1988 Federal Constitution — which enshrines, in article 196, health as a right of all and a duty of the State — and the Organic Health Law (Law no. 8.080/1990), with the principles of universality, equity and comprehensiveness. This article aims to analyze the transition from the disease-centered care model to functional capacity management as the new paradigm of care for older adults within SUS. This is a descriptive bibliographic review based on SUS regulatory documents, institutional publications and scientific literature on aging, functionality and care organization. The analysis indicates that the decline in birth rates, the reduction of infectious diseases, population aging and the increase in non-communicable chronic diseases imply changes in medical care in which the focus shifts from the disease to the management of functional capacity, aiming at better aging of the population. It is increasingly necessary to create care measures aimed at the older population, such as long-term care facilities, day-care centers and multidisciplinary teams for home care. It is concluded that, based on

population aging, the improvement of Primary Health Care (PHC) and of an effective care network is increasingly necessary, since the financing of health care for older adults will become more costly, requiring consistent public policies.

Keywords: Functional capacity. Population aging. Care model. Primary Health Care. Home care. Unified Health System.

INTRODUÇÃO

A sociedade brasileira vem apresentando, nas últimas décadas, uma mudança na sua estrutura demográfica em virtude do desenvolvimento socioeconômico e cultural de sua população. Esse processo se intensificou após a aprovação da Constituição Federal de 1988, cujo artigo 196 consagra a saúde como direito de todos e dever do Estado, e da Lei Orgânica do SUS (Lei nº 8.080/1990), que organiza o sistema segundo os princípios de universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Diante do exposto, tem-se observado uma queda da natalidade, a redução das doenças infectocontagiosas, o envelhecimento da população e o aumento das doenças crônicas não transmissíveis — a dupla transição, demográfica e epidemiológica, amplamente documentada nos dados censitários e na literatura nacional (IBGE, 2023; SCHMIDT et al., 2011).

Essas mudanças já implicam transformações médico-assistenciais profundas: o foco deixa de ser a doença e passa a ser o gerenciamento da capacidade funcional, visando um melhor envelhecimento da população. Esse deslocamento paradigmático, consolidado pelo Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial da Saúde, redefine saúde na velhice como a capacidade de fazer aquilo que se valoriza, e não como a mera ausência de enfermidades (OMS, 2015; MORAES, 2012). Este artigo analisa esse novo paradigma e suas consequências para a organização dos serviços, das medidas assistenciais de longa duração e do financiamento no SUS.

OBJETIVO

Analisar, por meio de revisão bibliográfica, a transição do modelo médico-assistencial centrado na doença para o gerenciamento da capacidade funcional como eixo organizador do cuidado à pessoa idosa no SUS, discutindo as medidas assistenciais de longa duração — ILPI, centros-dia e atenção domiciliar multidisciplinar — e as implicações para o aprimoramento da APS, da rede assistencial e das políticas públicas de financiamento.

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; Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; normativas da atenção domiciliar), publicações institucionais da Organização Mundial da Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, além de literatura científica sobre funcionalidade, envelhecimento e organização assistencial.

Foram utilizados como eixos de busca e análise os seguintes descritores e combinações: “capacidade funcional”, “envelhecimento saudável”, “avaliação multidimensional do idoso”, “instituições de longa permanência”, “centro-dia”, “atenção domiciliar”, “Atenção Primária à Saúde” e “financiamento da saúde”. As publicações foram analisadas qualitativamente quanto à contribuição para a compreensão do novo paradigma funcional do cuidado.

DISCUSSÃO

A dupla transição e o esgotamento do modelo centrado na doença

A transição demográfica brasileira — queda da natalidade e aumento da longevidade — combina-se à transição epidemiológica — recuo relativo das infectocontagiosas e ascensão das condições crônicas — para produzir um perfil de necessidades que o modelo assistencial tradicional não responde adequadamente (IBGE, 2023; SCHMIDT et al., 2011; PAIM et al., 2011). Organizado em torno do diagnóstico e do tratamento de doenças isoladas, esse modelo fragmenta o cuidado do idoso com multimorbidade, favorece a iatrogenia e ignora o que mais importa

para a pessoa: sua autonomia e independência no cotidiano (MORAES, 2012; VERAS; OLIVEIRA, 2018).

A capacidade funcional como novo eixo do cuidado

O gerenciamento da capacidade funcional desloca o centro do cuidado da doença para a funcionalidade global da pessoa idosa. A Organização Mundial da Saúde define envelhecimento saudável como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na velhice, resultante da interação entre a capacidade intrínseca do indivíduo e o ambiente em que vive (OMS, 2015). Operacionalmente, isso se traduz na avaliação multidimensional sistemática — cognição, humor, mobilidade, comunicação, autonomia nas atividades de vida diária e contexto sociofamiliar — e na estratificação da população idosa segundo o grau de vulnerabilidade clínico-funcional, com instrumentos validados nacionalmente (MORAES et al., 2016; MORAES, 2012).

Sob esse paradigma, o êxito terapêutico não é apenas controlar pressão arterial ou glicemia, mas preservar a independência, prevenir quedas e declínio cognitivo, racionalizar a polifarmácia e sustentar a participação social — objetivos que exigem plano de cuidados único, longitudinal e multiprofissional (VERAS; OLIVEIRA, 2018; OPAS, 2021).

Medidas assistenciais de longa duração: ILPI, centros-dia e atenção domiciliar

Torna-se cada vez mais necessária a criação e a qualificação de medidas assistenciais dirigidas à população idosa, como as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), os centros-dia e as equipes multidisciplinares para atendimento domiciliar. As ILPI respondem à crescente demanda dos idosos dependentes sem suporte familiar, exigindo integração formal com a rede de saúde (CAMARANO; KANSO, 2010). Os centros-dia oferecem cuidado diurno estruturado que preserva o vínculo familiar e alivia a sobrecarga dos cuidadores. A atenção domiciliar, organizada no SUS pelo programa Melhor em Casa, viabiliza a desospitalização segura e o cuidado continuado no território por equipes multiprofissionais (BRASIL, 2016; BRASIL, 2006).

Esses dispositivos não substituem a APS: articulam-se a ela. A coordenação pela atenção primária garante que o idoso transite entre domicílio, centro-dia, ILPI e serviços especializados sem ruptura do plano de cuidados (STARFIELD, 2002; MENDES, 2011).

Aprimoramento da APS, rede eficaz e o desafio do financiamento

Portanto, com base no envelhecimento populacional, vê-se cada vez mais necessário o aprimoramento da APS, assim como de uma rede assistencial eficaz, já que o financiamento da atenção à saúde — sobretudo do idoso — se tornará mais oneroso, exigindo políticas públicas consistentes. O gasto crescente com condições crônicas e cuidados de longa duração pressiona os orçamentos das três esferas de governo, e a resposta racional não é restringir o acesso, mas investir nos pontos de atenção de maior valor: à atenção primária resolutiva e os cuidados comunitários que evitam hospitalizações e institucionalizações prematuras (MENDES, 2011; VERAS; OLIVEIRA, 2018; BRASIL, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise realizada evidencia que a mudança da estrutura demográfica brasileira, amparada no marco constitucional de 1988 e nos princípios do SUS, impõe um novo paradigma médico-assistencial: o foco deixa de ser a doença e passa a ser o gerenciamento da capacidade funcional, visando um melhor envelhecimento da população. Esse paradigma exige avaliação multidimensional sistemática, estratificação de risco funcional e a expansão qualificada das medidas assistenciais de longa duração — ILPI, centros-dia e atenção domiciliar multidisciplinar — articuladas pela APS.

Conclui-se que o aprimoramento da atenção primária e a construção de uma rede assistencial eficaz são condições incontornáveis para enfrentar o encarecimento do cuidado à pessoa idosa, exigindo políticas públicas de financiamento estáveis e orientadas por necessidade. Recomenda-se que estudos futuros avaliem a implementação da avaliação funcional na APS brasileira e seus efeitos sobre desfechos de independência, institucionalização e custos.

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. 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 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília, DF, 2016.

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.

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.

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 MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra: OMS, 2015.

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.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

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.