

Rio de Janeiro, 13 de março de 2011-03-14

Para: GT Idoso

De: Fioprev – Dr. Ciro Augusto Floriani

Em relação à proposta da Agência Nacional de Saúde Suplementar a respeito de elaboração de uma **Norma Regulamentadora sobre Incentivos para Programas de Promoção do Envelhecimento Ativo no Âmbito da Saúde Suplementar**, gostaríamos de trazer alguns pontos de reflexão, que visam aprofundar a discussão sobre o tema.

O primeiro aspecto que gostaríamos de ressaltar é que programas de promoção de saúde são sempre bem vindos, pois podem ter um impacto nos direitos e nas oportunidades a que está, em geral, alijado o idoso, dentro de uma lógica social de exclusão e de inutilidade a que este segmento populacional é frequentemente submetido. Porém, a promoção de saúde é um campo muito mais abrangente e transformador do que programas de incentivo a práticas de saúde, geralmente construídos dentro de uma lógica reguladora, com um olhar controlador que costuma ser excludente de hábitos e de estilos de vida que foram construídos durante décadas de vida, o que terá um impacto negativo na população geriátrica, impondo mudanças de hábitos e de estilos difíceis de serem assumidos. E muitas vezes introduzidos e sustentados a um preço que vemos, no dia-a-dia de nossa assistência geriátrica, ser questionável, com sofrimento existencial agregado.

Esta, aliás, é uma delicada questão, muito em voga na atualidade em nosso meio, a da medicalização do cotidiano de nossas vidas, ou seja, um modo médico característico de se pensar a saúde, a doença – comportamento desviante por excelência -, a morte e o morrer, e seus determinantes, e que produz um grande impacto na vida social e cultural de um povo^{1,2,3}. Tal poder confere ao discurso e à prática médica uma força de sedução sobre a sociedade, disciplinando nossos pensamentos e nossos corpos e, portanto, nossas experiências sobre o que é saúde, doença, vida e morte⁴.

Nossa visão é substanciada neste tipo de constatação – a medicalização de nossas vidas íntimas e social -, o que nos leva a uma reflexão sobre a premissa básica utilizada nesta Norma Regulamentadora: a do envelhecimento ativo e saudável⁵. Um conceito que vincula o “ser ativo” com o “ser saudável” mereceria, por si só, considerações mais aprofundadas quanto à sua robustez conceitual, intencionalidade, e quanto à abrangência de seu impacto na vida social.

Mas tal não é o objetivo. Nossas breves considerações serão sobre a vinculação conceitual delimitada dentro deste conceito de dois campos distintos, o da funcionalidade orgânica e o da autonomia. Campos distintos, pois são frutos de forças de diferentes matrizes das quais se serve o ser humano. A manutenção o maior tempo possível das funções orgânicas, de nossa vitalidade corporal, não necessariamente se

acompanha de uma maior autonomia. A autonomia é um exercício da vida racional do ser humano, enquanto que a vitalidade das funções corporais não tem vinculação com sua vida racional. É inerente à fisiologia do ser humano que, à medida que envelhecemos, vamos tendo declínio funcional e de vitalidade corporal. Mas que não se contrapõe, necessariamente, ao sempre possível e desejável aprofundamento de nossa capacidade de decidir sobre nossas vidas. Nossa maior dependência não nos torna, necessariamente, seres menos autônomos e nem nossa maior autonomia nos leva, necessariamente, a uma maior independência. Ao contrário, o adoecimento grave pode significar um período de intensas transformações e pode servir para um grande aprofundamento de nossa vida psíquica e existencial. Aliás, vê-se isto muito claramente no campo do fim da vida, onde as pessoas tendem a definir seus destinos quando sabem que estão vulneradas por uma doença terminal. Nossa perda de autonomia, no decorrer de nossas vidas vem, no plano físico, com nosso declínio cognitivo, para o qual a ciência ainda não conhece os antídotos.

Nossa saúde é um equilíbrio instável entre o anabolismo, ou forças de regeneração, e o catabolismo, ou forças de destruição, que a todo instante vigoram no nosso metabolismo celular e em nossa fisiologia. A cada minuto, estamos tentando manter o necessário equilíbrio entre estas duas tendências. O excesso de qualquer uma destas duas forças atuantes produzirá um estado de adoecimento mais grave ou menos grave, na dependência da profundidade e da força com que haja este predomínio.

A saúde do ser humano não pode ser progressivamente acumulada em algum órgão ou sistema orgânico que, como num passe de mágica, nos dará o que nos falta, para evitar um adoecimento potencialmente ameaçador às nossas frágeis existências. O mito de Prometeu nos ensina que quando nascemos para este mundo, morremos diariamente um pouco a cada dia, agrilhoados no Cáucaso de nossas vidas cotidianas. Somos, sim, seres para a morte, o que não significa que devemos jogar nossas vidas pela janela. Ao contrário, temos uma grande responsabilidade pelo tempo que temos.

A ciência ainda não conseguiu resolver esta incômoda questão: graças ao seu estupendo desenvolvimento biotecnocientífico podemos viver mais. Porém, não necessariamente melhor. É o que Gruenberg chama de a “falência do sucesso”⁶. Mudanças de estilo de vida e de hábitos são apostas, que parecem ser boas, mas sem certezas. A tão desejada morte sem sofrimento, ou com um mínimo de sofrimento, é uma das ilusões que nos alimenta cotidianamente. Queremos uma sociedade anestesiada para o sofrimento alheio – e se possível, de si mesmo-, que consuma ativamente a vida, até seu ocaso. Uma espécie de sonho de “consumo”, que nos mantém “ativos”.

Em nosso entendimento, não acreditamos que as difíceis questões de alocação de recursos no plano meso e micro institucional serão resolvidas com programas incentivo a práticas de saúde direcionados à população geriátrica, que se constitui no objeto desta norma regulamentadora.

Nosso entendimento é o de que as distorções observadas no acesso da população idosa ao setor saúde devem ser enfrentadas a partir de um princípio social onde os mais desamparados são protegidos pelos que têm maiores recursos (princípio da equidade: tratar desigualmente os desiguais). Trata-se, aqui, de um princípio de justiça social, onde as gerações mais novas tornam-se responsáveis pela geração idosa, subsidiando as necessidades dos mais velhos. O atual modelo subverte esta lógica, impondo um ônus crescente a esta faixa populacional que, com frequência, não tem os recursos financeiros para arcar com estes custos.

Mas, em caso de ser instituída normatização neste sentido, julgamos que deva ser obrigatoriamente oferecida a todos, e em todos os extratos geracionais, desde a infância, passando pela adolescência, vida adulta e aos idosos. Caso contrário, corre-se o risco de aprofundarmos juízos de valores sob suspeita: a de eleitos e de excluídos, a partir de critérios questionáveis, instituídos a partir de uma lógica das operadoras de saúde. Tratar-se-ia, também, de uma prevenção à maleficência produzida pela “setorização” de beneficiados e um princípio de justiça distributiva. Com tal medida, evitar-se-iam, também, retaliações e potenciais exclusões àqueles que não tenham adesão a esta lógica. O esclarecimento e as oportunidades oferecidas não seriam, com isto, mecanismos de exclusão àqueles “desviantes da norma”, aos “maus pacientes”¹, que autonomamente – será este um paradoxo do envelhecimento ativo e saudável? - não desejem adesão a estes tipos de incentivos.

Nossa percepção é a de que estas e outras questões a respeito deste tema devam ser mais bem avaliadas e que possam gerar planejamentos mais condizentes com nossas realidades culturais e sociais. Não deixando de ter sempre em vista a delicada questão orçamentária a que o pragmático gestor precisa encaminhar no seu cotidiano, mas com a percepção bastante clara de que a esfera econômica não seja uma espécie de tirania a se impor sobre as demais esferas sanitárias⁷.

Referências:

1. Parsons T: *The Social System*; 1991 (1954).
2. Clark D & Seymour: *Reflections on Palliative Care*; 2002.
3. Illich I. *A expropriação da saúde – nêmesis da medicina*; 1975.
4. Lupton: In: Petersen & Bunton (editors). *Foucault, health and medicine*; 1997.
5. World Health Organization. *Active ageing: a policy framework*; 2002
6. Gruenberg EM. 1977. The failures of success. *Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society*, winter: 3-24.
7. Walzer M. *Spheres of justice: a defense of pluralism and equality*; 1983.