



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



130ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 24-28 de junho de 2002

Tema 4.8 da Agenda Provisória

CE130/15 (Port.)

24 abril 2002

ORIGINAL: INGLÊS

SAÚDE E ENVELHECIMENTO

O envelhecimento da população na Região apresenta três características essenciais: está ocorrendo em todos os países do Hemisfério; o rápido crescimento de populações envelhecidas levanta grandes desafios à capacidade e à disposição dos setores sociais e da saúde de proporcionar sistemas coordenados de atenção; e o incremento da esperança de vida das pessoas mais velhas livres de incapacidade só é possível se os governos proporcionarem apoio adequado.

Desde a 25ª Conferência Sanitária Pan-Americana (1998), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) vem exortando os Estados Membros a estabelecer políticas, planos, programas e serviços nacionais para os idosos dando realce à promoção da saúde e aos serviços de atenção de saúde primária. Nos últimos quatro anos, verificaram-se ganhos significativos na obtenção de dados sobre o envelhecimento em diferentes países, para informar às autoridades normativas sobre o desenvolvimento de políticas e programas dirigidos. No contexto da comemoração do Ano Internacional dos Idosos e do Dia Mundial da Saúde, em 1999, a OPAS e a Organização Mundial da Saúde (OMS) apoiaram um enfoque do envelhecimento baseado na promoção da saúde e puseram o foco no valor da atividade física para prevenir as doenças crônicas e a incapacidade na velhice. As Nações Unidas, na Segunda Assembléia Mundial sobre Envelhecimento, realizada em Madri em abril de 2002, adotaram um Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento. O Plano responde às oportunidades e aos desafios do envelhecimento da pessoa e da população. A responsabilidade de implementar o Plano de Ação recai nos Governos, com apoio da colaboração internacional e regional, assim como da sociedade civil. O presente documento oferece aos Estados Membros uma análise das prioridades para promover a saúde e o bem-estar na velhice. Proporciona também um roteiro para a implementação das ações necessárias para assegurar a equidade em saúde para os mais velhos, no contexto do Plano Internacional de Madri.

Solicita-se ao Comitê Executivo (a) discutir as maneiras pelas quais possam ser aprimorados a política e o contexto para ação da estratégia regional para colaboração técnica sobre envelhecimento e saúde e examinar futuras abordagens da promoção da saúde e envelhecimento; (b) debater e endossar as estratégias necessárias para fechar a brecha da equidade no que se refere a envelhecimento e saúde; e (c) dar apoio à mobilização de recursos nacionais e internacionais que permitam a implementação apropriada das prioridades de saúde contidas no Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento 2002, das Nações Unidas.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
1. Introdução.....	3
2. Situação Atual dos Idosos nas Américas	4
2.1 Condições da saúde e equidade	4
2.2 Prevalência de doenças crônicas entre as pessoas mais velhas.....	5
2.3 Prevalência de incapacidade	6
2.4 O ônus da atenção na família e na sociedade.....	6
2.5 Acesso à atenção apropriada e aos serviços de longo prazo	7
2.6 Respostas de saúde pública ao envelhecimento	8
3. Um Sistema de Atenção Abrangente e Coordenado	9
3.1 Visão	9
3.2 Princípios	10
3.3 Estratégias para a ação	10
4. Necessidade de Recursos Financeiros	15
5. Principais Temas para Deliberação	16
5.1 Investindo nos mais velhos	16
5.2 Prioridades para promoção da saúde na longevidade	17
6. Ação solicitada do Comitê Executivo	18

Referências

A Saúde e os Idosos: Os Próximos Passos a Dar

1. Introdução

A população da Região está envelhecendo em ritmo acelerado. Com o declínio das taxas de fecundidade e os constantes melhoramentos observados na esperança de vida na segunda metade do século XX, verificou-se um crescimento dramático da população idosa. O número de pessoas de 60 anos ou mais na Região sobe hoje a 91 milhões. Com a esperada taxa de crescimento anual de 3,5% dessa população nas duas primeiras décadas deste século, o total de pessoas de 60 anos ou mais chegará a 194 milhões. Esse número crescerá para 292 milhões até a metade do século XXI. Os idosos representam atualmente 8% da população total da América Latina e do Caribe, e 16% no Canadá e nos Estados Unidos. Até 2025, 14% da população da América Latina e do Caribe terão 60 anos de idade ou mais. Essa tendência tem imensas repercussões na saúde pública, devido à possível sobrecarga imposta aos serviços existentes e à possível concorrência por recursos escassos entre gerações. Contudo, os Estados Membros ainda têm tempo para agir e se preparar para esse desafio, pondo em prática políticas dirigidas para a reorientação da atenção de saúde primária para a promoção, prevenção, manejo e reabilitação nas doenças e na incapacitação dependentes do envelhecimento. Ademais, por estar ocorrendo em diferentes estágios o envelhecimento da população regional, os Estados Membros têm significativas oportunidades para aprender da experiência uns dos outros. Tirar partido dessas oportunidades exige informação para a formulação de políticas, planos e programas; modelos para a criação de uma linha contínua de serviços que proporcionem atenção baseada na comunidade; e coordenação regional para facilitar o planejamento e a avaliação entre diferentes países.

Não se há de encarar o envelhecimento da população como uma crise, visto que as pessoas idosas sadias dão significativas contribuições ao desenvolvimento de suas famílias e comunidades. O envelhecimento e o bem-estar dos idosos, porém, são inseparáveis dos processos de desenvolvimento mais amplos. Investir na promoção da saúde na velhice e adiar o início de doenças e formas de incapacidade que dependem da idade significarão não somente um triunfo para a saúde pública na Região, mas contribuirão também para o desenvolvimento do país e o bem-estar de todas as gerações.

Em 1998, a Conferência Sanitária Pan-Americana aprovou a Resolução CSP25.R6, adotando um novo paradigma para o envelhecimento ativo, e solicitou que os Estados Membros formassem planos para uma sociedade envelhecida, dentro de uma abordagem setorial orientada por recursos humanos competentes, colocando o foco na atenção de saúde primária e nas alternativas comunitárias à institucionalização.

Afirmamos neste documento que investir na saúde dos idosos em toda a Região das Américas é investir no desenvolvimento. Demonstramos, ademais, que a aplicação de estratégias de saúde pública de base evidenciária pode promover o envelhecimento ativo e reduzir significativamente a taxa de incapacidade prematura na velhice.

O presente documento tem os seguintes objetivos: (a) passar em revista a situação dos idosos na Região; (b) discutir os principais obstáculos à formulação e implementação de uma política de saúde pública sobre o envelhecimento na Região; (c) estimular a discussão das medidas que os Estados Membros podem tomar para superar esses obstáculos e implementar o Plano de Ação Internacional de Madri; e (d) solicitar que o Comitê Executivo:

- Discuta formas pelas quais seja possível fortalecer a estrutura de política e ação da estratégia regional para colaboração técnica sobre envelhecimento e saúde, e considere enfoques futuros à promoção da saúde e ao envelhecimento;
- Discuta e endosse as estratégias necessárias para fechar a brecha da equidade em envelhecimento e saúde; e
- Proporcione apoio decisivo para a mobilização de recursos nacionais e internacionais que permitam a implementação apropriada do Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento, de Madri.

2. Situação Atual dos Idosos nas Américas

2.1 *Condições de Saúde e Equidade*

Em 1998, a OPAS coordenou um Estudo Multicêntrico sobre Envelhecimento, Saúde e Bem-Estar (SABE) em sete grandes cidades da América Latina e do Caribe (Bridgetown, Buenos Aires, Havana, México, Montevideu, Santiago e São Paulo). Foi completado um total de 10.600 entrevistas com pessoas maiores de 60 anos estatisticamente selecionadas—numa média de aproximadamente 1,500 entrevistas por cidade. O SABE foi possibilitado pelas contribuições de diversos parceiros financiadores, centros colaboradores e universidades de toda a Região. Pela primeira vez, foi possível coligar dados comparáveis sobre pessoas idosas para fins de estudar as suas condições de saúde e os determinantes da sua saúde.

Os diferenciais e outras desigualdades de saúde na Região são complexos e extensos. Têm origem em causas diversas, tais como as diferenças de gênero, a discriminação e o *status* socioeconômico durante a vida. Esses diferenciais se traduzem em diferentes taxas de morbidade, bem como em diferenças no bem-estar e na incapacidade. No Canadá e nos Estados Unidos, mais de 78% dos maiores de 65 anos dão

conta de que têm boa ou excelente saúde. Em toda a Região, uniformemente, os homens que informam gozar de boa saúde são mais numerosos do que as mulheres, e os com sete ou mais anos de instrução formal informam ter boa saúde mais freqüentemente do que os que têm menos de seis anos de escola. Para os idosos que são pobres, as conseqüências de experiências anteriores na vida são agravadas por uma exclusão ainda maior das prioridades do sistema de saúde. Assim, a implementação do Plano de Ação Internacional de Madri nos Estados Membros terá de superar a discriminação por idade na distribuição de recursos.

2.2 *Prevalência de Doenças Crônicas entre as Pessoas Mais Velhas*

As doenças crônicas podem vir a constituir um significativo encargo de saúde e financeiro para os mais velhos, suas famílias e o sistema de atenção de saúde. Para muitos “idosos mais jovens”, ainda são evitáveis condições crônicas como diabetes, cardiopatias e hipertensão, e há indicações de que existem intervenções altamente eficazes que podem produzir economias significativas para o sistema de atenção de saúde e para a sociedade em geral. Ademais, a falta de prevenção secundária dessas doenças crônicas pode resultar em significativos declínios da capacidade funcional e da capacidade de permanecer independente, bem como em significativos custos evitáveis da atenção de saúde.

A prevalência de condições crônicas varia na Região. Na pesquisa do SABE, uma de cada duas *peessoas maiores de 60 anos* indicou hipertensão; a percentagem mais baixa foi registrada na Cidade do México (43%), e a mais alta em São Paulo (53%). Uma de cada cinco pessoas informou ter doença cardíaca, com exceção dos idosos em Bridgetown (12%) e na Cidade do México (10%), onde foi menos freqüente a comunicação de cardiopatias. Na maioria das cidades, pelo menos um de cada três adultos mais velhos informou ter artrite. A artrite, contudo, parece ter presença mais significativa em Montevideú (48%), Buenos Aires (53%) e Havana (56%), onde a proporção ficou mais próxima de uma de cada duas pessoas idosas. Registraram-se índices mais altos de diabetes em Bridgetwon e na Cidade do México, tendo sido informado por 22% dos adultos idosos. A proporção de pessoas que comunicaram ter tido um acidente vascular cerebral é superior a 80%. A probabilidade de informar a ocorrência de artrite e hipertensão foi menor no sexo masculino, mas os homens acusaram uma probabilidade idêntica à das mulheres na comunicação de doenças cardíacas e diabetes.

Nos Estados Unidos, um estudo de uma população muito mais velha constatou que cerca de 45% das *peessoas maiores de 70 anos* tinham hipertensão, 21% tinham doenças cardíacas, 58% tinham artrite e 12%, diabetes. A prevalência de acidentes vasculares cerebrais nesse grupo de idade foi de 9%. No Canadá, 33% das pessoas

maiores de 65 anos comunicaram ter hipertensão, 16% tinham doenças cardíacas, 47% tinham artrite e 10%, diabetes.

2.3 *Prevalência de Incapacidade*

A capacidade de funcionar pode ser diminuída quando uma doença, afecção crônica ou lesão limita a capacidade física ou mental. A capacidade de funcionar nos idosos tem importantes repercussões no que tange ao trabalho, à aposentadoria, à saúde, às necessidades de atenção prolongada e ao bem-estar geral. Assim, o alvo da política oficial sobre envelhecimento deve ser o enfoque em intervenções que possam aumentar a esperança de vida sem incapacidade. A experiência dos países como populações em idade avançada, como na Europa e na América do Norte, mostra que é possível diminuir a taxa de prevalência de incapacidade entre os idosos. A pesquisa entre países oferece muitas lições importante de saúde pública sobre os determinantes da saúde na velhice.

A pesquisa do SABE verificou que aproximadamente uma de cada quatro pessoas maiores de 60 anos na amostra combinada informou ter encontrado certa dificuldade no desempenho das atividades básicas do cotidiano (tomar banho, vestir-se, usar o vaso sanitário, comer, deitar-se ou levantar-se da cama e atravessar uma sala caminhando). Estavam incluídos nesse número aqueles que necessitavam de ajuda para exercer uma atividade, bem como os que estavam totalmente incapacitados de exercê-la. Os idosos de Bridgetown (15%), Buenos Aires (17%) e Montevideu (15%) foram os que acusaram os mais baixos índices de deterioração. Em Santiago do Chile, porém, quase 30% informaram ter dificuldades em pelo menos uma atividade do cotidiano. Tanto entre homens como entre mulheres maiores de 60 anos, a limitação mais comum era a dificuldade de atravessar uma sala caminhando. A variabilidade da situação funcional está relacionada com diversos fatores, compreendendo os perfis patológicos, as estratégias de reabilitação e as modificações ambientais disponíveis em cada país. Ademais, como os dados levantados pelo SABE referem-se apenas a pessoas idosas que viviam no lar, é difícil estimar os verdadeiros níveis de incapacidade sem dados comparáveis obtidos de serviços de atenção prolongada ou residências coletivas.

2.4 *O Ônus da Atenção na Família e na Sociedade*

Em todos os países da Região, a família é a provedora primária de atenção aos idosos portadores de deficiências. A atenção prestada dentro da família representa significativa economia para o Estado e, se fosse possível quantificar o trabalho dos provedores de atenção dentro da família, este representaria uma rubrica maior no orçamento do Estado. Estudos realizados nos Estados Unidos mostram que os provedores de atenção dedicam uma média de 20 horas por semana à provisão de atenção a pessoas idosas, e ainda mais tempo quando tais pessoas têm múltiplas deficiências. Dar atenção

aos idosos portadores de incapacidade pode ser fisicamente extenuante, particularmente no caso de provedores idosos. Ademais, os provedores que não contam com o apoio de outros estão mais sujeitos a sofrer depressão e outros problemas de saúde mental. Na maioria dos casos, os provedores de atenção necessitam equilibrar o emprego, outras responsabilidades familiares e as responsabilidades da atenção prestada. A maioria dos provedores de atenção é constituída de mulheres de meia idade que puseram suas necessidades pessoais à parte a fim de dar atenção a seus pais ou avós. A disponibilidade de provedores de atenção dentro da família, contudo, está em declínio, e o encargo financeiro da atenção para pais idosos pode ser demasiado alto para muitas famílias de baixa renda, em que o trabalho remunerado de todos os membros é considerado essencial para o bem-estar da família. Embora ainda seja muito forte a idéia de solidariedade familiar na Região, há indícios de um incremento de maus tratos e descaso para com as pessoas idosas que não são mais produtivas e que dependem de outros para atendimento das suas necessidades básicas. Na pesquisa do SABE, apenas metade dos que deram conta de dificuldades no desempenho de uma atividade básica do cotidiano ou de atividades essenciais da vida diária (compras, transporte, cozinha e arrumação de casa) informou ter recebido qualquer ajuda das famílias ou da comunidade.

2.5 *Acesso à Atenção Apropriada e aos Serviços de Longo Prazo*

A maioria das pessoas idosas tem acesso a um serviço de atenção de saúde primária. Mais de 80% dos entrevistados na pesquisa do SABE informaram ter visitado um provedor de atenção de saúde nos 12 meses anteriores à entrevista. Contudo, a proporção dos que informaram ter necessidade de um medicamento que não estava disponível para eles foi superior a 20%. A pesquisa apresenta um esboço das oportunidades perdidas pelo sistema de saúde de prevenir e gerir apropriadamente estados crônicos e afecções relacionadas com o envelhecimento.

Dados do SABE mostram, por exemplo, que se uma pessoa é diagnosticada com hipertensão, essa pessoa nem sempre é apropriadamente medicada, ou a medicação apropriada pode não estar disponível. Ademais, segundo dados do SABE, são subutilizadas outras formas de responder à hipertensão: a perda de peso para controlar a hipertensão variou de 23% a 44% para pessoas que deram conta de hipertensão; a atividade física rigorosa entre hipertensos variou do mínimo de 11% ao máximo de 40%; e cerca de um terço dessas pessoas continuou fumando. Encontram-se no SABE outros exemplos de oportunidades perdidas de prevenção secundária, manejo e reabilitação de pessoas idosas.

Há indicações de que o número de opções de atenção de longo prazo na América Latina e no Caribe está crescendo na mesma velocidade em que a população envelhece. Em alguns países, a proporção de pessoas encontradas em situação institucional ou

residencial já está próxima de 4% ou mesmo 5% da população maior de 60 anos. Nos Estados Unidos, a percentagem das pessoas que necessitam de atenção em residências de idosos tem-se mantido constante, na faixa de aproximadamente 5% dos maiores de 65 anos.

Na maioria dos países, não existem normas nem regulamentos em vigor para monitorizar a qualidade da atenção. A organização da atenção aos idosos raramente inclui a coordenação da atenção entre diferentes situações e em diferentes níveis.

2.6 *Respostas de Saúde Pública ao Envelhecimento*

A solução dos problemas de saúde dos idosos requer mais do que acesso a um médico. Requer mudança na filosofia da saúde e no enfoque da educação sanitária pelo prisma da saúde pública, promoção da saúde, detecção precoce de problemas e recursos suficientes para proporcionar serviços de reabilitação de base comunitária. Há necessidade de capacitação de recursos humanos para compreender as diferentes necessidades de saúde de uma população que está envelhecendo. Os sistemas precisam ser flexíveis e proporcionar serviços coordenados que sejam organizados de acordo com as necessidades da população e os recursos da comunidade.

Os sistemas de atenção de saúde ainda são projetados para proporcionar atenção de doenças agudas e não têm uma orientação de base populacional para a saúde comunitária enfocada no fortalecimento da capacidade do indivíduo e da comunidade para melhorar a saúde, detectar problemas incipientes e enfrentá-los e manejá-los com os enfoques menos dispendiosos e mais efetivos.

Na maioria dos países da Região, a Saúde Pública não formulou um enfoque integrado para promover a saúde e o bem-estar da população mais velha. Grande parte do trabalho que vem sendo feito exige colaboração multissetorial para garantir o alívio da pobreza, alimentação saudável e atividade física e social, bem como um sistema coordenado de atenção aos idosos.

Os países estão começando a encontrar os desafios suscitados pela atenção dos idosos debilitados e precisam aprender as lições extraídas dos erros dos que outrora davam prioridade ao enfoque institucional da atenção de longo prazo e estão à procura de melhores modelos de atenção de longo prazo baseada na comunidade. Durante a última década, os Governos do Canadá e dos Estados Unidos exploraram o desenvolvimento de alternativas de base comunitária, mais apropriadas e efetivas em relação ao custo, aos abrigos residenciais para os idosos. Os custos atinentes à atenção de longo prazo e a atenção paliativa virão a constituir questões de grande importância na maioria dos países da Região durante a próxima década. O descortino na elaboração de modelos

comunitários apropriados enquanto a demanda ainda é relativamente baixa evitará problemas maiores durante as duas próximas décadas, quando a demanda poderia assoberbar o sistema.

3. Um Sistema de Atenção Abrangente e Coordenado

3.1 *Visão*

Um sistema de apoio abrangente deveria promover o envelhecimento ativo a fim de otimizar a qualidade da vida e retardar a manifestação de doenças dependentes do envelhecimento e de incapacidade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu como envelhecimento ativo “o processo de otimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, a fim de realçar a qualidade da vida à medida que as pessoas envelhecem”.

No “Guia para o Desenvolvimento de um Sistema Abrangente de Apoio para Promover o Envelhecimento Ativo”, preparado em colaboração pelo México e pelo Canadá, foram identificados quatro agentes que têm importantes papéis na promoção do envelhecimento ativo: o indivíduo, os familiares e amigos, os serviços comunitários e o Estado.

A pessoa idosa desempenha, individualmente, um papel vital no seu próprio “envelhecimento ativo”. Na velhice, e não menos do que na juventude, cumpre ao indivíduo cultivar uma boa saúde física, trabalho e aptidões para fazer face a crise, recursos financeiros, ambientes apropriados para a vida e relações sociais mutuamente benéficas. O indivíduo deve buscar e utilizar informações para fazer escolhas, adaptar a conduta pessoal para atender às exigências das mudanças em suas condições e aptidões, e manter-se envolvido em formas pessoalmente significativas. Contudo, só é possível assumir responsabilidade individual pela otimização da qualidade da vida quando se acham disponíveis oportunidades, recursos e opções exequíveis e quando os indivíduos são dotados de poderes para a atenção de si mesmos (por exemplo, pela alfabetização básica e pela educação em saúde).

A família e os amigos proporcionam a maior parte do apoio que os idosos recebem para manter a independência e a qualidade da sua vida. É possível, porém, que os membros da família e os amigos não disponham de recursos, tempo ou conhecimentos que os habilitem a proporcionar uma parte da atenção de que os adultos mais velhos necessitam. Os provedores familiares de atenção também necessitam de apoio e de períodos de descanso das atividades de atenção.

A comunidade como um todo tem a responsabilidade de criar um ambiente dedicado e tolerante, que ajude os indivíduos e as famílias a cumprir suas obrigações para consigo mesmos e recíprocas. Os serviços comunitários abrangem toda uma série de entidades ou associações não-governamentais e voluntárias, instituições de ensino, centros culturais, organismos de serviço social e serviços oferecidos através das igrejas.

Os familiares e amigos, os grupos voluntários e sem objetivo de lucro e os setores público e privado têm papel crítico no que tange à garantia de que sejam dadas aos adultos mais velhos oportunidades para agir em formas que lhes permitam envelhecer ativamente. O setor público é considerado o mais importante agente de apoio. Por meio de leis, políticas de saúde pública, programas e serviços de atenção de saúde, políticas pertinentes à força trabalhadora e às aposentadorias, mecanismos de financiamento comunitário e educação pública, o Estado habilita outros setores e grupos a apoiar e promover o envelhecimento ativo.

3.2 *Princípios*

O desenvolvimento de um sistema abrangente de apoio ao envelhecimento ativo, que seja generoso para com os idosos, deve obedecer a seis princípios básicos: acessibilidade, a centralidade da pessoa idosa, uma linha coordenada de serviços, comunidade de responsabilidades, equidade e sustentabilidade, e qualidade.

Ademais, um sistema abrangente de apoio capaz de promover o envelhecimento ativo deveria assegurar que os serviços para os idosos fossem baseados no conhecimento atual de práticas efetivas que possam dar resultados positivos, e aumentar a competência dos provedores de serviços. Seriam necessárias pesquisas contínuas para informar o desenvolvimento e a avaliação de programas. Pesquisas e levantamentos formariam a base da tomada de decisões e da avaliação.

3.3 *Estratégias para a Ação*

3.3.1 *Estabelecimento de alvos de promoção da saúde para os mais velhos*

O estudo dos determinantes da saúde revela a existência de uma ampla gama de fatores que contribuem para a saúde dos idosos ou os colocam em situações de risco. Esses determinantes raramente existem separadamente e, por isso mesmo, raramente se beneficiam de soluções unidimensionais. Assim, é necessária a colaboração de múltiplos setores e parceiros para atender a fatores de risco inter-relacionados e salvaguardar fatores que promovam o envelhecimento ativo. Os principais fatores de risco são o isolamento social e a pobreza, a desnutrição e o sedentarismo, e o estresse, a ansiedade e a depressão.

Isolamento social e pobreza. Estes fatores contribuem para os problemas de saúde e reduzem a capacidade dos idosos de ganhar acesso à informação e à assistência, quando delas necessitam. O isolamento social dos mais velhos está vinculado não somente à pobreza, mas também aos estereótipos negativos que os retratam como marginalizados, subvalorizados e onerosos. Muitos dos programas formulados para facilitar a integração social dos grupos etários mais jovens (como os programas de alfabetização, readaptação profissional e treinamento para tarefas remuneradas ou não remuneradas) raramente são considerados apropriados ou efetivos quanto ao custo para os idosos. Existem, porém, indícios de que tais programas têm valor quando dirigidos para os idosos, e eles foram testados e avaliados em diferentes contextos.

Que se pode fazer? O Estado deve dar prioridade aos enfoques multi-setoriais para aliviar a pobreza entre os idosos. Educá-los na compreensão dos seus direitos de cidadania e promover programas de educação sanitária rudimentar orientados para os idosos. Para que a educação seja mais efetiva, os programas devem ser específicos para as respectivas comunidades e dirigidos para grupos particulares de idosos, a fim de incrementar a sua relevância e estimular a formação de redes de grupos assemelhados. A educação dos veículos de divulgação e da comunidade em geral é indispensável para o desenvolvimento de uma cultura que acolha e estimule a participação dos idosos como parceiros na saúde e no desenvolvimento comunitário.

Desnutrição e sedentarismo. Há indícios cada vez mais visíveis da importância da vida ativa e da nutrição adequada para ajudar a evitar doenças e estados crônicos, reforçar os efeitos positivos da reabilitação, reduzir o potencial de quedas e lesões e ajudar a controlar outros fatores de risco. Já está documentado que o regime alimentar e a ginástica desempenham papel positivo na manutenção do funcionamento e na prevenção da incapacidade.

Que se pode fazer? Detecção de desnutrição por triagem e orientação de uma série de atividades comunitárias, tais como programas de refeições para os idosos, programas de suplementação nutricional ou subsídios alimentares para os mais necessitados, e orientação desses programas para as necessidades nutricionais identificadas são meios econômicos de evitar um significativo fator de risco de doenças crônicas e de fortalecer a capacidade dos idosos de seguir as prescrições e práticas de bem-estar. Ademais, toda uma série de programas são essenciais para promover a participação dos idosos em atividades físicas organizadas e exercícios. Há que desenvolver parcerias com o planejamento comunitário, os transportes, os programas de cultura e lazer, para promover a atividade física e social. Estas são maneiras econômicas de melhorar e manter a saúde, bem como de reduzir o isolamento social, que contribui para o declínio físico e mental.

Estresse, ansiedade e depressão. A depressão é uma epidemia não reconhecida na velhice. A prevalência de problemas de saúde mental entre os idosos contribui para o uso impróprio de medicamentos, o abuso do álcool e o comportamento autodestrutivo, assim como reduz a capacidade do indivíduo de cuidar e controlar problemas de saúde antes que estes se tornem incapacitantes ou ameacem a vida. Já se verificaram melhorias consideráveis no tratamento de problemas de saúde mental dos idosos, mas há, no que se refere a esses tratamentos, uma grande lacuna de conhecimento entre os provedores de saúde mental. Além disso, a falta de coordenação da atenção de saúde primária com os serviços comunitários de saúde mental resulta numa situação em que muitas vezes as necessidades de saúde mental da maioria das pessoas idosas deixam de ser atendidas.

Que se pode fazer?

- Desenvolver estratégias locais para detectar oportunamente e tratar a depressão, a ansiedade e a demência nos idosos.
- Capacitar trabalhadores em saúde mental e saúde primária, bem como conselheiros de grupos assemelhados, para atender às necessidades de saúde mental dos mais velhos.
- Evitar o custo do uso impróprio de medicamentos e tornar acessíveis tratamentos apropriados.

O peso da depressão no bem-estar geral dos mais velhos justifica um investimento na mudança de atitudes e no aperfeiçoamento de melhores instrumentos a serem usados pelo sistema de atenção de saúde para responder às necessidades de saúde mental dos idosos.

3.3.2 *Reorientação da atenção primária para prevenção e manejo de doenças e afecções dependentes do envelhecimento*

Os sistemas de atenção de saúde primária necessitam de instrumentos e recursos para reorientar ou reorganizar os serviços, a fim de atender às complexas necessidades de saúde dos mais velhos. O método atual de organizar e financiar a atenção de saúde primária com recursos humanos existentes não pode responder às necessidades daqueles que estão envelhecendo, mesmo que se acrescentem recursos adicionais aos serviços.

A atenção de saúde primária necessita de um enfoque baseado na população, compreendendo prevenção, detecção precoce e habilitação do paciente no manejo pessoal de doenças crônicas. Necessita de entrosamento em rede com os recursos comunitários e com outras disciplinas. Essa abordagem requer recursos humanos capazes de passar além da cura de episódios agudos e chegar à compreensão da necessidade de um processo

de colaboração que envolve o médico que trata, outros membros da equipe de atenção de saúde e outros parceiros no manejo de complexos problemas de saúde. A atenção efetiva requer também monitoramento afetivo da aderência e educação do paciente.

Que se pode fazer? A formação de equipes de atenção de saúde primária para atender aos idosos deve ser considerada uma prioridade e dotada de recursos. A OPAS preparou um Guia para a Atenção Primária dos Idosos. Esse guia precisa ser adaptado a cada país e suplementado por normas e políticas específicas do país.

Ademais, é preciso formular programas de treinamento para ensinar autocuidado e manejo pessoal aos idosos e às famílias que lidam com doenças crônicas ou problemas de saúde complexos. Existem programas educativos de base evidenciária que ensinam as aptidões necessárias para o autocuidado e oferecem modelos para o apoio psicológico para os idosos. Esses recursos devem ser adaptados às necessidades dos mais velhos que são muito pobres e que têm baixos níveis de instrução.

A atenção de saúde primaria necessita de medicamentos essenciais básicos que sejam testados para pessoas idosas e para os quais existam normas de dosagem e emprego. Nos Estados Unidos, estima-se que, todos os anos, nada menos das 35% pessoas maiores de 65 anos sofrem reações adversas a medicamentos, e que 17% das admissões de maiores de 65 anos em hospitais resultam de uma reação adversa a medicamentos. Essa hospitalização pode chegar a custar US\$20 bilhões por ano e é evitável. Na América Latina e no Caribe, a qualidade e a acessibilidade dos medicamentos para os idosos constituem um grande desafio. Ademais, há carência de treinamento de médicos e farmacêuticos ativos no tocante à maneira pela qual os idosos respondem a medicamentos específicos.

Que se pode fazer? As políticas nacionais sobre medicamentos essenciais precisam ser revistas, voltando-se o foco para as drogas mais apropriadas de que uma população envelhecida necessita, bem como de um esforço coordenado entre diferentes agentes do setor da saúde para proporcionar medicamentos aos idosos mais necessitados. Todos os médicos e farmacêuticos devem receber treinamento na atenção básica dos mais velhos.

3.3.3 *Integração dos serviços sociais e de atenção de saúde para promover a continuidade do apoio para os idosos em perigo de perder a autonomia*

É possível aprimorar o desempenho da atenção de saúde primária estabelecendo-se vínculos com os recursos comunitários relevantes para a promoção, prevenção, tratamento, gestão e reabilitação da saúde, atenção prolongada e atenção paliativa da população. Para chegar a uma linha adequada de serviços coordenados é preciso que uma entidade central no nível local:

- Avalie as necessidades dos idosos para proporcionar um tipo e um nível adequado de serviços dirigidos para aqueles que deles mais necessitam;
- Integre os serviços administrativamente e desenvolva um ambiente que ofereça incentivos à colaboração da comunidade;
- Coordene o acesso aos recursos proporcionados por outros setores, tais como habitação, transporte, serviços sociais, esportes e lazer, e se bata pelo atendimento das necessidades não atendidas dos idosos mais vulneráveis na comunidade;
- Estabeleça mecanismos efetivos de partilha de informações sobre questões ligadas à atenção dos idosos entre os provedores de serviços, no âmbito das disciplinas e setores e entre estes, para facilitar o uso inovador e eficiente de recursos humanos e tecnológicos;
- Estabeleça normas e padrões de prática para programas de atenção comunitária, programas de atenção no lar, programas residenciais de prestação de cuidados pessoais, residências coletivas e abrigos de idosos; e
- Ponha empenho no melhoramento contínuo da qualidade e da avaliação dos resultados clínicos.

Que se pode fazer? É preciso formular ou adaptar diretrizes e protocolos explícitos para triagem e avaliação da saúde física, funcional, emocional e cognitiva dos idosos. Devem-se realizar fóruns sub-regionais para intercâmbio de experiências entre países, elaborando-se uma agenda comum para o fortalecimento dos recursos da atenção de saúde primária para atender aos idosos.

No nível local, é preciso coordenar os serviços por meio de redes informais de provedores, com partilha de sistemas de informação e de referência. Deve-se notar que essas redes se mostram mais efetivas quando se desenvolvem mecanismos formais de colaboração, quando há partilha de informação em forma regular e quando existe na comunidade concordância no tocante à atribuição de responsabilidades pelo uso dos recursos para atender às necessidades de grupos alvos de pessoas idosas. Tais parcerias devem incluir organizações de idosos, organizações não-governamentais (ONG), igrejas e outras organizações de voluntários.

É preciso desenvolver e implementar normas e padrões para programas de base comunitária tais como serviços de atendimento de dia para adultos, residências adotivas para adultos e dependências de vida assistida. O setor público, as ONG e o setor privado precisam formar alianças para o desenvolvimento de serviços comunitários amigos dos idosos. Cumpre ao Estado, contudo, garantir um padrão mínimo de qualidade da atenção para proteger a dignidade e o bem-estar dos idosos incapacitados ou debilitados.

3.3.4 *Formação de parcerias para partilha de informações, colaboração técnica e apoio*

Os países desenvolvidos e em desenvolvimento da Região estão todos sofrendo o impacto da transição demográfica. A partilha de informações sobre saúde e envelhecimento e as lições da experiência dos que estão mais adiantados nessa transição constituem elementos chaves do apoio ao trabalho de colaboração técnica. Assim, é importante proporcionar novos mecanismos de intercâmbio de recursos educacionais, treinamento e de desenvolvimento de programas.

Que se pode fazer? A Biblioteca Virtual da OPAS sobre Saúde (www.bireme.org) vem a ser um excelente veículo para a manutenção e distribuição de informações para os responsáveis pelas decisões, pesquisadores, treinadores, estudantes e defensores. O portal da Biblioteca Virtual dedicado ao tema Saúde e Envelhecimento será um recurso para todos os Estados Membros, e, se vierem a existir recursos disponíveis, esse portal se transformará no ponto de foco do intercâmbio de pesquisas, treinamento e idéias para programas entre todos os parceiros na Região.

4. Necessidade de Recursos Financeiros

A OPAS empenha aproximadamente US\$110.000 em fundos ordinários para o biênio 2002-2003 para proporcionar cooperação técnica sobre saúde e envelhecimento na Região das Américas. Em ocasiões passadas, o programa pôde obter recursos adicionais do Instituto Nacional sobre Envelhecimento, dos Estados Unidos, e da Fundação Novartis. A colaboração desses parceiros e o empenho dos nossos contrapartes nacionais garantiram o sucesso nos últimos quatro anos. O envelhecimento da população em nossa Região, contudo, está ocorrendo num ritmo sem precedente e necessitamos proporcionar cooperação técnica em diversas áreas especializadas para permitir aos países preparar-se e responder aos desafios e oportunidades do envelhecimento. Por essa razão, há necessidade de esforços e recursos adicionais no nível tanto regional como nacional.

Ao comemorar seus “100 Anos de Saúde”, a experiência da OPAS tem-se concentrado nas necessidades de saúde de crianças e mães, no combate às doenças infecciosas e na prevenção de doenças crônicas nos grupos de idade mais jovens. Esses 100 anos de saúde resultaram em prolongamento da esperança de vida e aumento

do número de adultos mais velhos. Pela primeira vez, os desafios do envelhecimento da população estão se convertendo em motivos de preocupação, e preparar a experiência e a base de conhecimentos para a longevidade exige novos investimentos. Dependemos da liderança dos Estados Membros na advocacia em prol de políticas, planos e programas para fazer dos ganhos em saúde pública do último século ganhos em esperança de vida livre de incapacidade durante os anos acrescentados à vida, especialmente para os idosos mais pobres. Havendo recursos disponíveis, OPAS/OMS pode desempenhar papel significativo na promoção da equidade em saúde para as gerações atuais e futuras de pessoas idosas na Região.

5. Principais Temas para Deliberação

5.1 *Investindo nos Mais Velhos*

Estamos em condições de arcar com o custo da atenção aos idosos em face de tantas outras prioridades de saúde pública? O custo da atenção aos idosos deve ser considerado em relação ao custo da prevenção face ao custo do tratamento e da atenção de longo prazo, bem como em relação ao custo da má administração da atenção de saúde primária. A efetividade/custo da prevenção primária e secundária de doenças crônicas, por exemplo, já foi documentada nos Estados Unidos. Os Centros para Controle e Prevenção de Doenças constataram que:

- Cada dólar dos Estados Unidos gasto na educação de diabéticos não internados economiza US\$2 a \$3 em hospitalização; e
- Os participantes num curso de auto-ajuda em artrite acusaram uma redução de 18% da dor e uma poupança em custos para o sistema de atenção de saúde no montante de US\$267 por pessoa em quatro anos.

Alternativamente, pode-se avaliar o custo da atenção aos idosos em termos de oportunidades de promoção da saúde perdidas ou da má gestão de afecções e doenças dependentes do envelhecimento. A Tabela 1 ilustra os custos financeiros, não-financeiros e de produtividade da atenção mal administrada dos idosos, da perspectiva das pessoas mais velhas, de seus familiares, dos provedores locais de saúde e do sistema de atenção de saúde.

Tabela 1
Custo das Oportunidades Perdidas ou da Má Gestão da Atenção aos Idosos

	Custos Financeiros	Custos em Produtividade	Custos Não-financeiros
Pessoas idosas	Taxas de serviço (se aplicáveis)	Perda de produtividade no trabalho ou no lar	Resultados da má saúde; redução da qualidade da vida
Provedores de atenção na família	Perda de renda devida à necessidade de proporcionar atenção	Perda de produtividade no trabalho ou no lar	Redução da qualidade da vida
Provedores de atenção de saúde locais	Problemas iatrogênicos e aplicação imprópria de recursos em atenção	Produtividade reduzida devida ao tempo gasto em atenção de condições mal geridas	Frustração e redução da satisfação no trabalho
Sistema de atenção de saúde	Custo relacionado com o mau uso da atenção de emergência	Uso improdutivo de recursos, aumento de outras necessidades não atendidas	Sistema assoberbado por necessidades não atendidas
Resultados gerais	Investimento de recursos privados e públicos em esforços para “chegar perto” e em “tratamento” mais caro, em vez de promoção, prevenção e reabilitação	Aumento da incapacidade e redução da esperança de vida com saúde	Ineficiência do sistema; perda de oportunidades para postergar doenças e deficiências relacionadas com a idade

5.2 Prioridades para Promoção da Saúde na Longevidade

5.2.1 Reconhecimento do valor positivo dos idosos para a família e a comunidade

Encarar o envelhecimento de uma maneira positiva é um aspecto integrante do Primeiro Plano de Ação Internacional das Nações Unidas sobre Envelhecimento (1982) e continua tendo papel importante no Plano Internacional sobre Envelhecimento 2002, de Madri. O trabalho junto aos meios de divulgação para desfazer os mitos sobre o envelhecer é essencial para promover imagens de pessoas mais velhas que cuidam de si mesmas, que são produtivas e que contribuem de diversas maneiras para o desenvolvimento da família e da sociedade. A sociedade investe e dá alento àquilo a que dá valor. A longevidade deve converter-se num valor compartilhado e num compromisso comum.

5.2.2 Reestruturação dos serviços de atenção primária para proporcionar serviços amigos dos idosos

Podem-se desenvolver centros amigos dos idosos como projetos de demonstração e como centros de treinamento na comunidade. É importante iniciar a construção de modelos de serviços amigos dos idosos no contexto da reforma do setor da saúde.

As pessoas que proporcionam serviços amigos dos idosos precisam ser treinadas na atenção dos mais velhos. Necessitam também de experiência de trabalho em equipes multidisciplinares e devem ter atitudes positivas para com os idosos. Um centro de saúde amigo dos idosos promove o envelhecimento ativo e monitoriza os indicadores de qualidade, segurança, acessibilidade, eficiência e continuidade da atenção. Ademais, trabalha junto a organizações de pessoas mais velhas e outros setores da comunidade para defender o acesso equitativo dos idosos a alimentos, abrigo, educação, transporte e trabalho.

5.2.3 *Desenvolvimento de coalizões para implementar a Estratégia Internacional para Ação no Envelhecimento 2002*

O incremento da cooperação pan-americana tornar-se-á essencial para apoiar os preparativos para fazer face aos desafios de sociedades que estão envelhecendo e para assistir na implementação do Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento 2002, de Madri. Os Estados Membros beneficiar-se-ão da colaboração técnica entre países para formular respostas apropriadas para o Plano Internacional aprovado pela Segunda Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento, em Madri, em abril de 2002. Uma agenda de pesquisas pan-americana proporcionará a base para a resposta de política ao envelhecimento e para o êxito operacional na formulação de programas. Ademais, é preciso que a Região coloque a implementação do Plano Internacional na agenda de desenvolvimento internacional dos parceiros financiadores.

6. Ação Solicitada do Comitê Executivo

Com base nas informações apresentadas neste documento e com relação às condições atuais de saúde das pessoas mais velhas na Região das Américas, solicita-se ao Comitê Executivo a tomada das seguintes providências:

- Discutir maneiras pelas quais se possam fortalecer a política e o contexto de ação da estratégia regional para colaboração técnica sobre envelhecimento e saúde e examinar enfoques futuros da promoção da saúde no envelhecimento.

- Discutir a possibilidade de endossar as estratégias necessárias para cobrir a lacuna de equidade em envelhecimento e saúde.
- Dar apoio à mobilização de recursos nacionais e internacionais que permitam a implementação apropriada do Plano de Ação Internacional de Madri sobre Envelhecimento 2002.

Referências

Bodenheimer T. Disease management in the American market. *British Medical Journal*. British Medical Association; 2000; 320:563-566.

Cerubini A, Lowenthal DT, e Williams LS. Physical activity and cardiovascular health in the elderly. *Aging Clinical and Experimental Research*. Italy: Kurtis Publication; 2000; 10:13-25.

Manton, G, Corber LS, e Stallard E. Estimates of change in chronic disability and institutional incidence and prevalence rates in the US elderly population from the 1982, 1984, and 1989 National Long Term Care Survey. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 1993; 48:S153-166.

National Academy on an Aging Society. *Caregiving: helping the elderly with activity limitations*, Challenges for the 21st Century: Chronic and Disabling Conditions, No. 7. Washington, DC: National Academy on an Aging Society; 2000. (Disponível na Internet: www.agingsociety.org).

Pan American Health Organization, Family Health and Population Program. A survey of aging, health and well-being in seven Latin American and Caribbean cities (SABE). Washington, DC: PAHO; 2000. (Todas as referências à pesquisa do SABE provêm desta fonte).

Pan American Health Organization, Family Health and Population Program. *A guide for the development of a comprehensive system of support to promote active ageing*. Prepared by Health Canada and the Mexican Ministry of Health. Washington, DC: PAHO; 2002.

Pan American Health Organization. Health of older persons: a change in paradigm. (With reference to Resolutions CSP25.R12 of the 25th Pan American Sanitary Conference and CE122.R13 the 22nd Session of the Executive Committee). Washington, DC: PAHO; 1998.

World Health Organization. *Active ageing: a policy framework*. Geneva: WHO; 2002. (WHO/NMH/NPH/02.8).

World Health Organization. Innovative care for chronic conditions (meeting report). Geneva: WHO; 30-31 May 2001. (WHO/MNC/CCH/01.01).

Statistics Canada, Division of Aging and Seniors of Health Canada. Statistical snapshots of Canada's seniors. (Disponível na Internet: www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/).

The Center for Health Care Strategies and National Academy on an Aging Society. Low health literacy skills contribute to higher utilization of health care services. United States. (Disponível na Internet: www.agingsociety.org/healthlit.htm).

United Nations. International plan of action on ageing, 2002. New York: UN, April 2002. (Disponível na Internet: www.un.org/ageing/documents.htm).

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Population ageing, 1950-2050. New York: UN; 2002.

United States of America, Federal Interagency Forum on Aging – Related Statistics. Older Americans 2000: key indicators of well-being. Washington, DC: US Government Printing Office, 2000. (Disponível na Internet: www.agingstats.gov/chartbook2000).

United Nations Research Institute for Social Development. Public meeting on ageing, development and social protection (Second World Assembly on Ageing). Geneva: UNRISD, 2002. (Disponível na Internet: www.unrisd.org).

United States of America, Centers for Disease Control and Prevention. Healthy aging: Preventing disease and improving quality of life among older Americans. Atlanta: CDC; 2001. (Disponível na Internet: www.cdc.gov/nccdphp).