



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



26ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA 54ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., 23-27 de setembro de 2002

Tema 4.8 da Agenda Provisória

CSP26/13 (Port.)

10 julho 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.

As Nações Unidas, na Segunda Assembléia Mundial sobre Envelhecimento, realizada em Madrid 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 Madrid.

A 130ª sessão do Comitê Executivo examinou e expressou seu apoio à colaboração regional para implantação do Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento 2002 e aprovou a resolução CE130.R19 para ser considerada pela Conferência Sanitária Pan-Americana. Solicita-se que a Conferência analise e discuta o documento com vistas a ampliar a ação regional e nacional de apoio ao desenvolvimento de serviços sociais e de saúde apropriados e sensíveis aos idosos para apoiar um envelhecimento ativo.

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.....	4
2.3 Prevalência de incapacidade	5
2.4 O ônus da atenção na família e na sociedade.....	6
2.5 Acesso à atenção apropriada e aos serviços de longo prazo	6
2.6 Respostas de saúde pública ao envelhecimento	7
3. Um Sistema de Atenção Abrangente e Coordenado	8
3.1 Estabelecer metas de promoção da saúde para os idosos.....	8
3.2 Estabelecer metas de saúde mental para os idosos	9
3.3 Reorientação da atenção primária	10
3.4 Integração dos serviços sociais e de atenção de saúde	11
4. Necessidade de Recursos Financeiros	12
5. Principais Temas para Deliberação	12
5.1 Investindo nos idosos	12
5.2 Prioridades para promoção da saúde na longevidade	13
6. Ação solicitada da Conferência Sanitária Pan-Americana.....	14

Anexo: Resolução CE130.R19

A Saúde dos 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 enorme da população idosa. O número de pessoas de 60 anos ou mais na Região sobe hoje a 91 milhões. Com a previsão de uma 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 a reorientar a atenção de saúde primária para a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação das pessoas idosas. 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.

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 baseadas em evidências 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) apresentar as áreas prioritárias para a implementação do Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento, de Madrid; d) solicitar que a Conferência Sanitária Pan-Americana analise e discuta o documento com vistas a ampliar a ação regional e nacional de apoio ao desenvolvimento de serviços sociais e de saúde apropriados e sensíveis aos idosos para apoiar um envelhecimento ativo.

2. Situação Atual dos Idosos nas Américas

2.1 *Condições de Saúde e Eqüidade*

Em 1998, a OPAS coordenou um Estudo sobre Envelhecimento, Saúde e Bem-Estar (SABE) em sete grandes cidades da América Latina e do Caribe (Bridgetown, Buenos Aires, Havana, México, Montevidéu, Santiago e São Paulo). Foram realizadas 10.600 entrevistas com pessoas maiores de 60 anos estatisticamente selecionadas. O SABE foi possibilitado pelas contribuições de diversos parceiros financiadores, centros colaboradores e universidades de toda a Região.

Os diferenciais e outras desigualdades de saúde na Região são complexos e extensos. Têm origem em causas diversas, tais como as diferenças em função do 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 informam 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 anos ou mais 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.

2.2 *Prevalência de Doenças Crônicas entre as Pessoas Idosas*

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 “não tão idosos”, 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 *pessoas 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 Montevidéu (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 Bridgetown e na Cidade do México, tendo sido informado por 22% dos 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 pessoas *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 diminuir 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 importantes de saúde pública sobre os determinantes do funcionamento e participação 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 *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 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 informaram dificuldades no desempenho de uma atividade básica do cotidiano ou de atividades essenciais da vida diária (compras, transporte, cozinha e arrumação de casa) indicou ter recebido qualquer ajuda das famílias ou da comunidade.

2.5 *Acesso a Atenção Apropriada e Serviços de Longo Prazo*

A maioria das pessoas idosas tem acesso a um serviço de atenção de saúde. 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 quadro 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 informaram 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, tratamento 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 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 função do custo, aos

abrigos residenciais para os idosos. Os custos da atenção de longo prazo e da atenção paliativa virão a constituir questões de grande importância na maioria dos países da Região durante a próxima década. A 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

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

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 de 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. Por meio de leis, políticas de saúde pública, programas e serviços de atenção de saúde, políticas sobre a força de trabalho e as aposentadorias, mecanismos de financiamento comunitário e educação pública, o Estado habilita outros setores e grupos a apoiar e promover o envelhecimento ativo.

Um sistema abrangente de apoio que promova o envelhecimento ativo asseguraria 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. A pesquisa e a vigilância formariam a base para o planejamento.

3.1 *Estabelecer metas de promoção da saúde para os idosos*

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, atribuindo prioridade à redução do isolamento social, pobreza, desnutrição e sedentarismo.

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) também são apropriados para os idosos.

Que se pode fazer? O Estado deve dar prioridade aos enfoques multissetoriais para aliviar a pobreza entre os idosos. Educar os idosos para que compreendam 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 aumentar a sua relevância e estimular a formação de redes de grupos de pares. 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? Detectar a desnutrição por triagem e visar às necessidades nutricionais identificadas com uma série de atividades comunitárias, tais como programas de refeições para os idosos, programas de suplementação nutricional ou subsídios alimentares para os mais necessitados, 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, vários 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.

3.2 *Estabelecer metas de saúde mental para os idosos*

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 receber atenção 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 entre a atenção de saúde primária e 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.

Pode-se fazer o seguinte:

- 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 de pares, para atender às necessidades de saúde mental dos mais velhos.
- Evitar o custo do uso impróprio de medicamentos mas tornar acessíveis tratamentos apropriados. O ônus da depressão no bem-estar geral dos idosos justifica um investimento na criação de infra-estrutura para sistemas de atenção de saúde coordenados capazes de responder às necessidades de saúde mental dos idosos.

3.3 Reorientação da atenção primária para prevenção e tratamento de doenças vinculadas ao 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 idosos. 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 para cuidar de si mesmo. É preciso concatenar os serviços com os recursos comunitários e com outras disciplinas. Essa abordagem requer recursos humanos capazes de tratar dos complexos problemas de saúde dos idosos. 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 aos idosos e às famílias de modo que possam lidar com doenças crônicas ou problemas de saúde complexos. Existem programas educativos baseados em evidências que ensinam as aptidões necessárias para o autocuidado e oferecem modelos de apoio psicológico para os idosos. Esses recursos devem ser adaptados às necessidades dos idosos que são muito pobres e que têm baixos níveis de instrução.

A atenção de saúde primária precisa incluir o acesso a medicamentos essenciais 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, pelo menos 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, custo e 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. Os programas de educação para médicos e farmacêuticos devem incluir noções básicas de medicina geriátrica.

3.4 *Integração dos serviços sociais e de atenção de saúde para promover a continuidade do apoio para os idosos em risco 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 faça uma avaliação das necessidades, coordene o acesso e provisão de serviços dos vários setores, estabeleça mecanismos efetivos de partilha de informações, estabeleça normas e padrões de prática e se comprometa a avaliar a eficácia do programa.

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. 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 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 tais como serviços de atendimento de dia para adultos, residências adotivas para adultos, dependências de vida assistida e asilos. O setor público, as ONG e o setor privado precisam formar alianças para o desenvolvimento de serviços comunitários favoráveis aos 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.

4. Necessidade de Recursos Financeiros

A OPAS empenha aproximadamente \$380.000 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 das 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 que os países se preparem e respondam aos desafios e oportunidades do envelhecimento. Por essa razão, há necessidade de esforços e recursos adicionais no nível tanto regional como nacional.

5. Principais Temas para Deliberação

5.1 *Investindo nos Idosos*

O custo dos programas de promoção da saúde e prevenção de doenças dirigidas aos idosos deve ser comparado ao custo do tratamento e da atenção de longo prazo, bem como o custo da má administração da atenção de saúde primária. Os Centros para Controle e Prevenção de Doenças constataram que 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 \$267 por pessoa em quatro anos. Cada dólar dos Estados Unidos gasto na educação de diabéticos não internados economiza \$2 a \$3 em hospitalização.

Alternativamente, pode-se avaliar o custo da atenção aos idosos em termos de oportunidades de promoção da saúde perdida ou da má gestão de afecções e doenças vinculadas ao 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 de 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 na atenção	Produtividade reduzida devido 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 “recuperar” 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

O trabalho junto aos meios de divulgação para desfazer os mitos sobre a velhice é essencial para promover imagens de pessoas idosas que cuidam de si mesmas, que são produtivas e que contribuem de diversas maneiras para o desenvolvimento da família e da sociedade. É preciso advogar a promoção e proteção dos direitos humanos básicos e as liberdades fundamentais dos idosos. A longevidade deve converter-se num valor compartilhado e num compromisso comum.

5.2.2 Reestruturação dos serviços de atenção primária para proporcionar serviços sensíveis aos idosos

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

As pessoas que proporcionam serviços adequados aos 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 sensível aos idosos promove o envelhecimento ativo e monitoriza os indicadores de qualidade, segurança, acessibilidade, eficiência e continuidade da atenção.

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 no apoio aos 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 Madrid. 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 Madrid, 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 de financiamento.

6. Ação Solicitada da Conferência Sanitária Pan-Americana

Com base nas informações apresentadas neste documento sobre as condições atuais de saúde das pessoas idosas na Região das Américas, solicita-se que a Conferência Sanitária Pan-Americana analise e discuta o documento com vistas a ampliar a ação regional e nacional de apoio ao desenvolvimento de serviços sociais e de saúde apropriados aos idosos para apoiar um envelhecimento ativo; e preste apoio à mobilização de recursos nacionais e internacionais que permitam a implementação apropriada do Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento 2002, de Madrid.

Solicita-se que a Conferência Sanitária Pan-Americana considere a resolução em anexo recomendada pelo Comitê Executivo.



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



130ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

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

Anexo

RESOLUÇÃO

CE130.R19

A SAÚDE E O ENVELHECIMENTO

A 130ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo examinado o Documento CE130/15, a Saúde e o Envelhecimento,

RESOLVE:

Recomendar que a Conferência Sanitária Pan-Americana aprove uma resolução redigida nos seguintes termos:

A 26ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Levando em conta a importância do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, aprovado em Madrid, para abordar os problemas de saúde da população idosa das Américas;

Reconhecendo a mudança de paradigma para o envelhecimento sadio e em atividade e os esforços que foram feitos para reduzir os estereótipos negativos e os mal-entendidos acerca do envelhecimento desde a 25ª Conferência Sanitária Pan-Americana e a adoção, por parte desta, da Resolução CSP25.R6;

Entendendo as implicações imensas do envelhecimento da população para muitas prioridades de saúde das Américas, e

Considerando a necessidade de promover, em colaboração com outros parceiros, um sistema integral de apoio para o envelhecimento sadio e ativo,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros a que:

- (a) aproveitem o impulso criado pela segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, adotem políticas e planos nacionais para a execução do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento e prestem apoio adequado para a execução das áreas prioritárias;
- (b) advoguem a promoção e proteção dos direitos humanos e as liberdades fundamentais das pessoas idosas;
- (c) adotem as prioridades de promoção da saúde apropriadas para as pessoas idosas e fixem metas com enfoque de gênero e estratégias de vigilância nas áreas de saúde nutricional, atividade física, lesões não intencionais inclusive a prevenção das quedas e a saúde mental;
- (d) se comprometam a aumentar o acesso à atenção de saúde de maneira apropriada, assim como o acesso aos medicamentos essenciais, aos idosos, especialmente os que carecem de recursos;
- (e) promovam iniciativas para o desenvolvimento de opções de atenção comunitária a longo prazo (incluindo as moradias com apoio e as residências assistidas) e regulamentem a prestação da assistência às populações vulneráveis;
- (f) estimulem a pesquisa para monitoramento e avaliação da eficácia dos programas;
- (g) elaborem um plano para capacitação dos agentes de atenção primária e outros profissionais da saúde nos fundamentos da promoção da saúde dirigida às pessoas idosas e a medicina geriátrica.

2. Solicitar ao Diretor que:

- (a) apóie a aplicação regional do Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento, em coordenação com outros parceiros colaboradores;
- (b) ajude os Estados Membros a fixar metas e indicadores de envelhecimento sadio;
- (c) incentive os Estados Membros a elaborar estratégias comunitárias coordenadas para apoiar o envelhecimento ativo e para difundir informações sobre estas experiências;

- (d) ajude os Estados Membros a trabalhar em favor do desenvolvimento de ambientes propícios e favoráveis para os idosos, incluindo estabelecimentos regulamentados de atenção a longo prazo.