

Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos

Disease prevention in the elderly: misconceptions in current models

Renato Peixoto Veras ¹

Abstract

The Brazilian population is aging significantly within a context of gradual improvement in the country's social and economic indicators. Increased longevity leads to increased use of health services, pressuring the public and social welfare health services, generating higher costs, and jeopardizing the system's sustainability. The alternative to avoid overburdening the system is to invest in policies for disease prevention, stabilization of chronic diseases, and maintenance of functional capacity. The current article aims to analyze the difficulties in implementing preventive programs and the reasons for the failure of various programs in health promotion, prevention, and management of chronic diseases in the elderly. There can be no solution to the crisis in financing and restructuring the health sector without implementing a preventive logic. Scientific research has already correctly identified the risk factors for the elderly population, but this is not enough. We must use such knowledge to promote the necessary transition from a healthcare-centered model to a preventive one.

Aging; Aged; Disease Prevention; Chronic Disease

Introdução

Cada vez mais presente no cotidiano da sociedade brasileira, o tema do envelhecimento populacional vem sendo discutido, nas últimas décadas, em centenas de artigos, livros, debates, instituições públicas e privadas. Essa é uma tendência que deve ganhar ainda mais força, pois o Brasil tem caminhado em direção a índices sociais e demográficos de Primeiro Mundo – embora com sistemas e instituições herdadas de outro contexto, e envelhecer é, de algum modo, reflexo de prosperidade.

O debate sobre essa transição demográfica já está bem consolidado, mas o que nos desperta particular interesse são as consequências da ampliação do tempo de vida da população para as políticas sociais, em especial na área da saúde. Não é mais possível adiar essa discussão.

A velocidade do envelhecimento populacional no Brasil será significativamente maior do que a que ocorreu nas sociedades mais desenvolvidas no século passado. Projeções do Banco Mundial ¹ apontam que a população idosa vai mais do que triplicar nas próximas quatro décadas, passando de menos de 20 milhões em 2010 para cerca de 65 milhões em 2050. Os idosos, que em 2005 compunham 11% da população em idade ativa, somarão 49% em 2050, ao passo que a população em idade escolar diminuirá de 50% para 29% no mesmo período. Essas variações na estrutura etária da população resultarão em

¹ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

R. P. Veras
Instituto de Medicina Social,
Universidade do Estado do
Rio de Janeiro.
Rua São Francisco Xavier
524, 7º andar, bloco D,
Rio de Janeiro, RJ
20559-900, Brasil.
unativeras@gmail.com

maiores pressões fiscais sobre os sistemas públicos de saúde e previdência social.

Com o aumento da proporção de idosos, seus anos a mais de vida e, em consequência, o uso mais frequente dos serviços de saúde, os gastos no setor aumentarão de forma substancial no Brasil, tendendo a emergir como um dos maiores desafios fiscais nas próximas décadas. Daí a necessidade imperativa de invertermos a lógica atual do sistema de saúde, centrada no tratamento de enfermidades já existentes, muito mais do que em ações de prevenção. Como consequência de uma população mais envelhecida, a promoção e a educação em saúde, a prevenção e o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia são iniciativas que devem ser ampliadas. Só assim será possível assegurar mais qualidade de vida aos idosos e bem-estar à população como um todo.

Os problemas de saúde dos idosos desafiam os modelos de cuidado na medida em que a sociedade envelhece. Os avanços da tecnologia e da ciência da saúde oferecem àqueles que utilizam as modernas ferramentas para a manutenção da saúde a chance de viver mais e em melhores condições. Assim, as estratégias de prevenção ao longo de todo o curso da vida se tornaram mais importantes para resolver os desafios de hoje e, de forma crescente, os de amanhã².

Outro dado importante a ser considerado envolve o custo. A aplicação do aporte epidemiológico e a ênfase em prevenção fazem com que essa nova abordagem favoreça a redução dos custos assistenciais. No sistema brasileiro, o peso médico-assistencial ainda é preponderante. No setor privado, as empresas operam numa espécie de mutualismo, em que os menos saudáveis consomem mais serviços e inflacionam valores pagos por quem tem capacidade funcional preservada e se encontra em boa forma. Além disso, um sentimento de desconfiança marca a relação entre as operadoras de planos de saúde e seus clientes de mais idade. A política das operadoras é tentar reduzir o peso desse segmento em suas carteiras. Os idosos, por seu lado, reclamam dos valores cobrados, das dificuldades de atendimento e das glosas a muitos dos exames solicitados. Não se conhece outra relação de comércio em que vendedor e cliente ocupem posições tão antagônicas.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apresentou, recentemente, uma proposta segundo a qual as operadoras de planos de saúde deverão oferecer benefícios pecuniários aos clientes que participarem de programas de prevenção de doenças e detecção precoce de enfermidades³. Algumas empresas ficaram receosas, temendo que a medida provoque um aumento

da sinistralidade em decorrência da ampliação da utilização dos planos de saúde. De fato, num período inicial, a tendência seria essa, sobretudo no que se refere a procedimentos de baixo custo. No entanto, as operadoras precisam perceber que haverá, no longo prazo, redução dos procedimentos de alto custo e melhoria da saúde geral. Não é difícil fazer essa reflexão; duro mesmo é mudar a cultura.

No livro *Repensando a Saúde: Estratégias para Melhorar a Qualidade e Reduzir os Custos*⁴, os autores defendem que a saúde precede a assistência. Para Michael Porter, doutor em economia pela Universidade de Harvard (Cambridge, Estados Unidos), e Elizabeth Teisberg, pós-doutora pela Universidade da Virgínia (Charlottesville, Estados Unidos), é latente a necessidade de medir e minimizar o risco de doenças, oferecer um gerenciamento abrangente das enfermidades e garantir serviços de prevenção para todos os clientes, inclusive os saudáveis. Nesse escopo, afirmam, a saúde deve envolver a preparação para o serviço (que aumenta a eficiência da cadeia de valor), a intervenção, a recuperação, o monitoramento e o gerenciamento da condição clínica, a garantia de acesso, a mensuração de resultados e, por fim, a disseminação da informação.

Em todo o mundo, ainda existem divergências sobre o percentual ideal de investimento em promoção da saúde, em comparação com o volume destinado à assistência. Apesar de essa conta ser complexa e flexível, existe uma certeza: é necessário investir cada vez mais para evitar que as pessoas adoçam⁵. A prevenção não é um custo, mas um investimento com lucro certo, desde que bem realizada.

Estimulando a prevenção e retardando a ocorrência de enfermidades estamos colaborando para que se preserve, no futuro, o que chamamos de capacidade funcional. Com o rápido e intenso envelhecimento da população brasileira, esse passa a ser o novo paradigma e o principal indicador estratégico na saúde. A maior parte das doenças crônicas que acometem o indivíduo idoso tem na própria idade seu principal fator de risco. Portanto, não é a presença ou não da doença que vai determinar a qualidade de vida, mas a habilidade que a pessoa terá para conduzir a própria vida de maneira independente e autônoma⁶, ou seja, sua capacidade funcional.

Envelhecer sem apresentar nenhuma doença crônica é mais a exceção do que a regra. Dessa forma, o foco de qualquer política contemporânea deve ser a promoção do envelhecimento saudável, com manutenção e melhoria – na medida do possível – da capacidade funcional dos idosos, e a prevenção e/ou estabilização de doenças e recuperação da saúde dos que adoecem, e reabili-

tação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida ⁷. Se considerarmos que a parcela de pessoas idosas fragilizadas só tende a crescer, como resultado do aumento da longevidade, é fácil compreender a importância de uma política de saúde com foco na manutenção da capacidade funcional, no investimento em metodologias para detecção precoce de doenças, no monitoramento dos agravos e no sistema do médico pessoal, entre outras medidas, em detrimento do foco em apenas algumas doenças e no abandono das demais, como ocorre com o gerenciamento das doenças crônicas para os idosos ^{8,9}.

A preocupação central deste artigo é abordar essa dicotomia entre as ações preventivas e as meramente assistenciais, mesmo com todas as evidências da importância daquelas, sem, no entanto, negar a necessidade destas.

Prevenção de doenças e suas dificuldades

Por que é tão difícil implementar programas de prevenção, apesar de, no discurso, eles serem aceitos por todos? Ao longo das últimas décadas, verificou-se que as ações preventivas podem ser aplicadas à grande maioria dos problemas de saúde pública que afetam a população tanto aqueles relativos às doenças transmissíveis como às não transmissíveis. Como exemplo, podemos citar a redução de mortalidade por doenças coronarianas e cerebrovasculares, a redução de incidência e mortalidade por câncer cervical, a diminuição da prevalência de consumo de fumo e da incidência de câncer do pulmão em homens. Assim, uma grande carga produzida por doenças pode ser evitada em termos sociais e econômicos ¹⁰. A lógica da prevenção clínica é estabelecer o diagnóstico de uma doença o mais precocemente possível, com foco em pessoas que ainda não apresentam sinais ou sintomas da enfermidade. Haveria conseqüentemente, no médio e longo prazos, a diminuição de internações e outros procedimentos de muito maior custo.

Uma relevante discussão, quando se fala de idosos, é entender a razão do insucesso de tantos projetos nessa área, apesar dela ser reconhecida como prioritária. Vamos separar essa discussão em três segmentos, um para cada aspecto que desejamos abordar.

Promoção da saúde para idosos

Pensar que os programas de promoção de saúde para idosos são algo simples, de fácil aplicação e sem grande compromisso com a qualidade é um grande equívoco. Entendemos os programas

de promoção de forma bem diferente, pois um dos maiores méritos desse tipo de ação de saúde é entender que sua concepção leva em conta a complexidade do envelhecimento humano. Jamais se deve cometer o erro de criar estruturas infantilizadoras, que reforcem estigmas e preconceitos arraigados na sociedade em relação a esse segmento etário.

Segundo a *Carta de Ottawa* (1986) ¹¹, documento que se tornou referência para as demais conferências internacionais sobre o tema, a promoção da saúde é definida como a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida. No entanto, apesar das boas intenções e dos discursos corretos e contemporâneos, o que mais encontramos é justamente o oposto. Um bom exemplo da dificuldade da aplicação desses programas é o fato verídico relatado a seguir.

Há uns 15 anos, numa grande cidade brasileira, a diretoria de uma das maiores empresas prestadoras de serviços de saúde resolveu trocar seu diretor médico, um profissional experiente na área clínica. Quem o substituiu foi outro médico, um especialista em Saúde Coletiva, com formação no exterior em epidemiologia e um currículo invejável. O antigo diretor de saúde, ao ser informado sobre sua demissão, ficou bastante desapontado, mas ao saber que seria substituído por um nome tão respeitado no ambiente acadêmico e na área da saúde, resolveu absorver a derrota sem reclamar. Alguns dias depois, foi ao encontro do novo diretor para parabenizá-lo e fazer um pedido. Explicou que dentre as ações que realizou havia uma – um programa de promoção de saúde – que considerava seu melhor projeto, e pediu que a iniciativa não fosse modificada. O novo diretor argumentou que, a princípio, não desejava mudar nada, que havia optado por manter toda a programação existente e avaliaria item por item antes de fazer qualquer alteração.

A ação em questão era realizada na cidade a cada trimestre, e o antigo diretor informou que a próxima já estava acertada e o novo diretor garantiu que seria mantida. A proposta era realizar uma palestra sobre os malefícios do tabagismo, tendo como convidado um grande mestre da medicina, que incluía um assistente na palestra. Como na época a utilização de computador e PowerPoint (Microsoft Corp., Estados Unidos) não era usual, foi solicitado o pagamento a uma empresa para fazer os *slides* que o palestrante usaria no projetor de carrossel, equipamento então bastante comum. Como era praxe, o salão de um clube tradicional da cidade foi alugado para o evento e cartas foram enviadas a todos os

associados da prestadora de saúde. Além disso, no domingo anterior à conferência do renomeado nome da medicina – professor universitário e membro de sociedades internacionais da luta antitabagismo –, foi publicada uma matéria paga em jornal de grande circulação, convidando a população, mesmo os não associados da operadora, para assistir à conferência.

O palestrante e seu assistente solicitaram um hotel de bom padrão e pediram que a viagem fosse realizada na noite anterior, para poderem acordar na cidade e descansar, já que a palestra seria realizada no período da tarde. Foi estipulado um *pro labore* para o professor titular e seu assistente, em valor compatível com sua importância e qualificação. O público esperado era de 250 pessoas, mas compareceram mais de 300. O dia estava magnífico, um sol agradável. Foi servido um *coffee-break* de um famoso bufê da cidade e os dois projetores de *slides* funcionaram magnificamente bem. A palestra foi excelente e o público participou do início ao fim.

Conforme prometera, o novo gestor da empresa de saúde procurou avaliar a ação desenvolvida. Para essa, produziu um questionário e pediu que todos os participantes respondessem. Os idosos presentes à palestra saíram do clube sorridentes e todos responderam à pesquisa. No dia seguinte, quando os questionários foram analisados, os resultados foram perturbadores.

Uma das perguntas era “Qual o motivo da sua participação na palestra?”. A maioria dos respondentes dizia que adorava aquele clube e que atividades como aquela eram muito boas, pois lhes permitiam encontrar velhos amigos e colocar a conversa em dia. Outra pergunta solicitava aos respondentes que descrevessem outro motivo para sua presença na palestra. Muitas respostas tinham o seguinte conteúdo: “o pãozinho de queijo daqui é ótimo” ou “eu venho para comer esses docinhos no café”. Ao final, o questionário perguntava se a pessoa era tabagista. O resultado foi que 97% das pessoas não eram fumantes.

Esse caso é um exemplo emblemático do que significa jogar dinheiro fora e pensar que se está fazendo um programa de promoção da saúde. Além disso, reforça a ideia enganosa de que promoção da saúde é algo semelhante à diversão, o que é um erro grave.

Escolhe-se um tema relevante e um local adequado, convida-se um palestrante qualificado, mas se esquece de avaliar se o público é adequado àquela ação. O equívoco é típico de ações realizadas por pessoas pouco experientes no tema. Uma atividade assim, nos valores atuais, entre aluguel de clube e bufê, propaganda e divulgação, passagens aéreas, hotel, *pro labore* e estrutura operacional, não sai por menos de 50 mil

Reais. Para uma grande empresa de saúde, pode não ser nada. Mas é, sim, dinheiro jogado fora.

As ações de saúde devem ter o cuidado de maximizar e potencializar seu investimento. O modelo que se procura desenvolver na Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), é um bom exemplo, ao trabalhar em múltiplas dimensões¹². Uma simples aula de dança, por exemplo, ajuda a obter muitos resultados. A dança funciona como exercício e atividade motora, estimula a sexualidade e os sentidos no contato físico entre os parceiros, no ritmo da música e na reminiscência daquele momento. Em outras palavras, as ações de promoção da saúde não podem ficar limitadas apenas a algo específico. E precisamos ter o cuidado de fazer bom uso dos recursos de que dispomos.

Prevenção para idosos

Em primeiro lugar, é importante esclarecer que a expressão “prevenção para idosos” é semanticamente inadequada. Não se pode prevenir algo que já está instalado. O idoso tem como característica básica a multiplicidade de doenças crônicas – e estas, após sua instalação, não mais regridem. Trata-se de uma característica única da velhice, razão pela qual o papel do profissional de saúde não é procurar a cura, mas a estabilização, o monitoramento e a manutenção da qualidade de vida, apesar da doença. Existe, no entanto, uma grande distância entre o desejo de aplicar novas ações de saúde e sua prática efetiva. Embora os conceitos preventivos já estejam bem estruturados e aceitos pelos gestores e profissionais de saúde, sua operacionalização ainda é bastante precária, particularmente no grupo etário dos idosos, em que existem complicadores teóricos. O modelo preventivo foi concebido em um mundo menos envelhecido do que o atual. A ênfase, por conseguinte, foi conferida aos grupos populacionais mais jovens.

O motivo dessas dificuldades operacionais deve ser compreendido, pois um modelo efetivo de atenção à saúde do idoso precisa ter um fluxo bem desenhado de ações. No entanto, é necessário considerar as especificidades dessa parcela da população. A proposta-chave para os idosos é a máxima postergação do início das doenças, pois elas, em sua maioria, são crônicas. E, como já afirmamos, uma vez instaladas, pode-se apenas controlar seu tempo de progressão. A estratégia passa a ser levar a morbidade ao limiar mais próximo possível do limite biológico da vida^{13,14}.

A população nos dias de hoje pode viver muito mais do que antigamente, mas para isso é necessário monitorar os fatores de risco já identifi-

cados pela ciência que retiram qualidade e anos de vida. O termo “fator de risco” é empregado para indicar certas características que aumentam a probabilidade de desenvolver uma doença. Não basta, no entanto, identificar os fatores causadores dos problemas: esse é apenas o primeiro estágio. De nada adianta saber dos efeitos maléficose não conseguimos eliminá-los.

É importante frisar que os indivíduos vivem em sociedade, onde cada pessoa tem seus valores, suas ideologias e crenças; existem diferentes percepções em relação aos meios social, ambiental, cultural e religioso, entre outros. Condições estáveis e controladas pelo pesquisador somente são possíveis no laboratório. Por esse motivo, muitas “verdades científicas” não são aplicadas. Ou seja: existem conhecimentos que não trazem mudanças, nem transformação.

De acordo com o conhecimento científico atual, as cinco grandes categorias de fatores de risco que retiram qualidade e anos de vida são álcool, tabaco, estresse, atividade física inadequada e alimentação inadequada. Mas manejar essas situações nem sempre é fácil. Um exemplo emblemático é a identificação de todos os fatores de risco alimentares já bem conhecidos por trazerem malefícios ao ser humano.

Sabemos perfeitamente que gordura animal, carne vermelha, álcool, açúcar e sal em excesso não fazem bem à saúde. Não se questionam esses indicadores. Pensando de forma utópica e artificial, poderíamos dizer que um bom epidemiologista deveria propor o fechamento de todas as churrascarias existentes no Brasil, em nome de uma vida saudável. Mas há uma grande distância entre as verdades científicas e a possibilidade de mudanças imediatas e radicais. É necessário aprender a negociar, fazer pequenas mudanças, trabalhar oferecendo opções.

Devemos considerar que a sociedade é muito mais complexa e que existem o prazer, os desejos e a cultura. Ao retirar esses elementos, é possível corrigir a dieta alimentar de um indivíduo. Por outro lado, isso acabaria por levá-lo ao desespero e à depressão ao ter seus valores sociais e culturais abruptamente extirpados.

É preciso aceitar que não existem verdades e certezas absolutas. Para alguns, uma determinada quantidade de álcool ou alguns meses de tabaco provocam um efeito devastador; em outros, porém, serão necessárias décadas para obter o mesmo efeito. Talvez o papel do cientista não seja apenas identificar os fatores de risco, mas ter também a capacidade de estruturar alternativas visando a uma real transformação.

Pode ser frustrante saber que o conhecimento científico não tem todas as respostas. Por esse motivo, devemos ultrapassar o estágio atual e

dar um salto. Não existem vida certa ou valores definitivos, a ciência não é imune a interesses e contradições. Caso aceitemos essas premissas e aprendamos a lidar com grupos heterogêneos, valorizando as diferenças e tentando negociar mudanças – aceitando, muitas vezes, a impossibilidade de tais transformações –, poderemos obter melhores resultados.

Novos modelos de cuidado precisam se basear na preservação da capacidade funcional. Os idosos devem ser acompanhados e o risco de fragilização deve ser monitorado em todos os níveis de complexidade – seja para os saudáveis e independentes ou para os fragilizados e dependentes, que demandam maiores cuidados. Na perspectiva de consolidar esse modelo, surge também a necessidade de conhecer seu impacto.

Gerenciamento de doenças crônicas

O gerenciamento de doenças (GD) é uma modalidade assistencial hegemônica que nasceu nos Estados Unidos e costuma aparecer como solução para todas as dificuldades na saúde¹⁵. Entretanto, algumas vezes se levantam contra esse método, até mesmo entre os norte-americanos^{16,17}.

Apesar da crescente atenção aos detalhes e de uma abordagem cada vez mais sofisticada, o GD acabou rotulado como “enfermeiros anônimos telefonando para centenas de pacientes a quilômetros de distância e oferecendo apenas conselhos superficiais”. E embora a ideia de dispor de enfermeiros telefonando para pacientes tenha méritos, sua aceitação declinou nos Estados Unidos devido a três constatações: (i) um relatório do US Congressional Budget Office indicou que, após muitos anos de atividade, pouca evidência científica foi produzida para mostrar que gerenciamento de doenças poderia reduzir custos dos cuidados de saúde¹⁸; (ii) uma avaliação prospectiva do gerenciamento de doenças oferecido aos beneficiários do Medicare demonstrou que as ações não estavam conseguindo reduzir despesas¹⁹; e (iii) a insatisfação de médicos que se ressentiam da decisão das seguradoras de pagar os custos de GD, possivelmente reduzindo seus ganhos e, além disso, interferindo na relação médico-paciente^{20,21}. Pelo menos uma empresa de gerenciamento de doenças foi obrigada a declarar falência, enquanto outras foram adquiridas, fundidas ou viram seu valor de mercado encolher drasticamente.

Programas de gerenciamento de doenças para idosos são ainda mais complexos e têm uma relação custo-benefício bastante baixa, pois tratar adequadamente uma doença apenas reduz os índices de morbidade de tal patologia. Como esses

pacientes possuem múltiplas doenças crônicas, fica evidente que priorizar apenas uma doença, em detrimento das demais, não é a medida mais adequada. A melhor opção é estruturar modelos que funcionem de modo integrado e consigam dar conta de toda a gama de necessidades.

O maior problema da maioria dos modelos assistenciais vigentes talvez seja o foco exclusivo na doença. Mesmo quando se oferece um programa diferente, as propostas são voltadas prioritariamente para a redução de uma determinada moléstia, esquecendo que numa doença crônica já estabelecida o foco não deve ser a cura, mas o monitoramento e a estabilização da enfermidade. Para o adulto jovem com apenas uma doença crônica, estabelecer programas que evitem o recrudescimento dessa enfermidade é a política mais adequada e correta. Nossa crítica se dá quando se expande essa proposta para todas as faixas etárias, em particular para os idosos, que são pacientes com múltiplas patologias crônicas.

O que defendemos para essa faixa etária são ações integradas, não o gerenciamento de doença crônica, mas o monitoramento do perfil de saúde do doente. Muitas vezes, o tratamento de alguma manifestação só pode ser conduzido com a redução ou a suspensão de outras ações que já vinham sendo desenvolvidas. Não é possível tratar o idoso como se trata um adulto jovem.

Conclusão

Identificar e tratar doenças continuam sendo objetivos para o geriatra moderno, mas isso não basta. Conhecer como o idoso está exercendo suas tarefas no dia a dia e seu grau de satisfação exige que o médico investigue funções básicas – como independência para alimentar-se, banhar-se, movimentar-se e higienizar-se – e outras mais complexas – como trabalho, lazer e espiritualidade. É o que chamamos de avaliação funcional. Associada à avaliação das capacidades cognitivas e do humor, assim como à presença de distúrbios comportamentais, ela fornece um quadro que vai muito além da mera lista de patologias.

O idoso que mantém sua autodeterminação e prescinde de ajuda ou supervisão no dia a dia deve ser considerado saudável, ainda que portador de uma ou mais doenças crônicas. Decorre daí o conceito, já abordado aqui, de capacidade funcional.

Assumir como objetivo isolado identificar e tratar doenças em idosos traz importantes limitações, pois é comum que as doenças se manifestem de forma atípica, dificultando o diagnóstico, e é frequente o aparecimento de problemas no

formato de síndromes, ou seja, um conjunto de sinais e sintomas comuns a várias doenças, muitas vezes crônicas. E resulta que o único objetivo do geriatra passa a ser o controle dessas diversas manifestações.

Como o principal fator de risco associado aos problemas de saúde do idoso é a própria idade, e a multiplicidade de doenças crônicas é uma característica frequente na velhice, a estratégia de cuidados deve ser distinta em relação à empregada nas demais faixas etárias. É preciso monitorar os problemas de saúde do idoso, para estabilizar seu quadro e manter sua capacidade funcional pelo maior tempo possível.

Sem a reorganização dos serviços de saúde, com uma abordagem preventiva e integral que associe reflexão epidemiológica e planejamento de ações de saúde, não há saída. Em síntese, um modelo de atenção à saúde do idoso que se pretenda eficiente deve aplicar todos os níveis de cuidado: ter um fluxo bem desenhado de ações educativas, promoção da saúde, prevenção e postergação de moléstia, assistência precoce e reabilitação de agravos. Essa linha de cuidados se inicia na captação e no monitoramento do idoso e somente se encerra nos momentos finais da vida, na unidade de cuidados paliativos²². Entendemos esse modelo como uma proposta em que todos saem vencedores: o idoso, que amplia sua vida com qualidade; a família, que terá um ente querido ativo e participativo; e o sistema de saúde, que evitará internações repetidas e de alto custo.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)²³, a nova realidade demográfica e epidemiológica brasileira aponta para a urgência de mudanças nos paradigmas de atenção à saúde da população idosa, com estruturas criativas e inovadoras e ações diferenciadas para que o idoso usufrua integralmente os anos proporcionados pelo avanço da ciência.

De uma maneira geral, a preocupação que apresentamos abarca o necessário entendimento sobre a heterogeneidade que caracteriza a população idosa, o alto custo dos procedimentos de saúde a ela destinados, a diversidade dos gastos em subgrupos dessa população e a quantidade insuficiente de profissionais qualificados em geriatria.

Não há outra saída para a crise de financiamento e reestruturação do setor. O modelo vigente é anacrônico e ultrapassado, e mudanças urgentes precisam ser realizadas já.

Resumo

A população brasileira está envelhecendo de forma significativa, num contexto de melhora gradual dos índices sociais e econômicos do país. O aumento da longevidade acarreta maior uso dos serviços de saúde, pressionando os sistemas de saúde pública e previdência, gerando mais custos e ameaçando a sustentabilidade do sistema. A alternativa para evitar a sobrecarga desse sistema é investir em políticas de prevenção de doenças, estabilização das enfermidades crônicas e manutenção da capacidade funcional. Este artigo visa a analisar as dificuldades de implantação de programas de prevenção e as razões do fracasso de diversos pro-

gramas de promoção da saúde, prevenção e gerenciamento de doenças crônicas no grupo etário dos idosos. Não há saída possível para a crise de financiamento e reestruturação do setor sem a implantação da lógica preventiva. O conhecimento científico já identificou corretamente os fatores de risco para a população idosa, mas isso não basta. Precisamos saber utilizar esse conhecimento para efetuar a necessária transição do modelo assistencial para o modelo de prevenção.

Envelhecimento; Idoso; Prevenção de Doenças; Doença Crônica

Referências

- World Bank. Population aging: is Latin America ready? Directions in development. Washington DC: World Bank; 2011.
- Veras RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública 2009; 43:548-54.
- Oliveira M. Políticas para o envelhecimento ativo. O Globo 2011; 20 mai.
- Porter ME, Teisberg EO. Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Editora Artmed; 2009.
- Porter ME. A strategy for health care reform: toward a value-based system. N Engl J Med 2009; 361:109-12.
- Veras RP. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. Rev Bras Geriatr Gerontol 2011; 14:779-86.
- Veras RP, Caldas CP. Produção de cuidados à pessoa idosa. Ciênc Saúde Coletiva 2008; 13:1104.
- Lourenço RA, Martins CSF, Sanchez MAS, Veras RP. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. Rev Saúde Pública 2005; 39:311-8.
- Veras RP. Promovendo a saúde e prevenindo a dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes. Rev Bras Geriatr Gerontol 2007; 10:355-70.
- Nichols E. La necesidad de contar con normas. In: Organización Panamericana de la Salud, editor. Prevención clínica: guía para médicos. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1998. p. 38-53. (Publicación Científica, 568).
- Carta de Ottawa: promoção da saúde nos países industrializados. In: Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1. 1986. <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf> (acessado em 10/Mar/2012).
- Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. Ciênc Saúde Coletiva 2012; 17:3689-96.
- Fries JF. Aging, natural death and the compression of mortality. N Engl J Med 1980; 303:130-5.
- Fries JF, Crapo LM. Vitality and aging: implications of the rectangular curve. San Francisco: WH Freeman and Co.; 1981.
- Mattke S, Bergamo G, Balakrishnan A, Martino S, Vakkur N. Measuring and reporting the performance of disease management programs. The RAND Health Working Paper Series, WR-400; 2006. http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2006/RAND_WR400.pdf (acessado em 15/Mar/2012).
- Sidorov JE. Gerenciamento de doenças: passado, presente e futuro. Jornal Brasileiro de Economia da Saúde 2012; 4:20-6.
- Bernstein J, Chollet D, Peterson G. Disease management: does it work? Princeton: Mathematica Policy Research; 2010. (Reforming Health Care Issue Brief, 4).
- Hotltz-Eakin D. An analysis of the literature on disease management program. Letter to the Honorable Don Nickles; 2004. <http://www.cbo.gov/doc.cfm?index=5909> (acessado em 03/Fev/2012).
- McCall N, Cromwell J, Urato C, Rabiner D. Evaluation of phase I of the Medicare Health Support Pilot Program under traditional fee-for-service Medicare: 18-month interim analysis. https://www.cms.gov/reports/downloads/MHS_Second_Report_to_Congress_October_2008.pdf (acessado em 03/Fev/2012).
- Shenkel R. 1-800-chronic disease management (edit). Fam Pract Manag 2005; 12:17.
- Bodenheimer T. Disease management in the American market. BMJ 2000; 320:563-6.
- Veras RP. A necessária gestão qualificada na área da saúde: decorrência da ampliação do segmento etário dos idosos. Jornal Brasileiro de Economia da Saúde 2011; 3:31-9.
- World Health Organization. Good health adds life to years. Global brief for World Health Day 2012. http://www.who.int/world_health_day/2012 (acessado em 04/Abr/2012).

Recebido em 20/Abr/2012

Versão final reapresentada em 09/Jul/2012

Aprovado em 07/Ago/2012