

BRASÍLIA / DF
2005

**ENVELHECIMENTO
ATIVO: UMA POLÍTICA
DE SAÚDE**



BRASÍLIA / DF
2005

**ENVELHECIMENTO
ATIVO: UMA POLÍTICA
DE SAÚDE**



© 2002 World Health Organization

1ª edição traduzida para o português – 2005

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Organização Pan-Americana da Saúde – Opas – OMS

Setor de Embaixadas Norte, Lote 19

Cep: 70800-400, Brasília/DF – Brasil

www.opas.org.br

Produção Editorial

Tradução: Suzana Gontijo

Revisão em português: Janaina Caldeira

Capa e Projeto Gráfico: Fabiano Camilo

Tiragem: 3.000 exemplares

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação
da Organização Pan-Americana da Saúde – Representação do Brasil

World Health Organization

Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization;
tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
60p.: il.

Título original inglês: Active ageing: a policy framework. WHO/NMH/NPH/02.8
ISBN

1. Envelhecimento. 2. Política de saúde. I. Gontijo, Suzana. II. Organização
Pan-Americana da Saúde. III. Título.

NLM: WT 104

Até 2025, segundo a OMS, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso e as particularidades e desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública em nosso contexto social. Entre 1980 e 2000 a população com 60 anos ou mais cresceu 7,3 milhões, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000. O aumento da expectativa média de vida também aumentou acentuadamente no país. Este aumento do número de anos de vida, no entanto, precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida.

O Programa do Ministério da Saúde “Brasil Saudável” envolve uma ação nacional para criar políticas públicas que promovam modos de viver mais saudáveis em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, o acesso a alimentos saudáveis e a redução do consumo de tabaco. Estas questões são a base para o envelhecimento saudável, um envelhecimento que signifique também um ganho substancial em qualidade de vida e saúde.

Nesse contexto, com o objetivo de produzir material informativo e suporte técnico à mobilização da sociedade para a promoção da saúde, a Secretaria de Vigilância em Saúde reproduziu o documento “Envelhecimento Saudável – Uma Política de Saúde” elaborado pela Unidade de Envelhecimento e Curso de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) como contribuição para a Segunda Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento realizada em abril de 2002, em Madri, Espanha.

Assim, como definido neste documento, acreditamos que a saúde deve ser vista a partir de uma perspectiva ampla, resultado de um trabalho intersetorial e transdisciplinar de promoção de modos de vida saudável em todas as idades. Cabe aos profissionais da saúde liderarem os desafios do envelhecimento saudável para que os idosos sejam um recurso cada vez mais valioso para suas famílias, comunidades e para o país, como afirmado na Declaração da OMS sobre Envelhecimento e Saúde, em Brasília, em 1996.

Jarbas Barbosa da Silva Júnior

Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde



Este Projeto de Política de Saúde busca dar informações para a discussão e formulação de planos de ação que promovam um envelhecimento saudável e ativo. Foi desenvolvido pela Unidade de Envelhecimento e Curso de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma contribuição para a Segunda Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento realizada em abril de 2002, em Madri, Espanha.

A versão preliminar deste projeto foi intitulada “Saúde e Envelhecimento: Um Trabalho para Discussão” foi publicado em 2001 e traduzido para francês e espanhol. No mesmo ano, foi amplamente divulgado para recebimento de críticas e sugestões (inclusive em oficinas realizadas no Brasil, Canadá, Países Baixos, Espanha e Reino Unido). Em janeiro de 2002, realizou-se um encontro de especialistas no Centro para o Desenvolvimento da Saúde da OMS em Kobe, Japão, com 29 participantes originários de 21 países. Recomendações e comentários detalhados provenientes desse encontro, além das críticas e sugestões recebidas anteriormente, foram compilados para completar esta versão final.

Uma monografia complementar, intitulada “Envelhecimento ativo: da evidência à ação”, está sendo preparada em colaboração com a Associação Internacional de Gerontologia (AIG) e estará disponível no sítio <http://www.who.int/hpr/ageing>, onde também são fornecidas informações sobre envelhecimento sob uma perspectiva de curso de vida.

Uma contribuição da Organização Mundial da Saúde para a Segunda Assembléia Mundial sobre Envelhecimento
Madri, Espanha, abril de 2002



Sumário

Introdução | 7

1. Envelhecimento global: triunfo e desafio | 8

A revolução demográfica

Envelhecimento rápido da população em países em desenvolvimento

2. Envelhecimento ativo: conceito e fundamento | 13

O que é “envelhecimento ativo”?

Uma abordagem de curso de vida para o envelhecimento ativo

Programas e políticas para o envelhecimento ativo

3. Os fatores determinantes do envelhecimento ativo: compreenda as evidências | 19

Fatores determinantes transversais: cultura e gênero

Fatores determinantes relacionados aos sistemas de saúde e serviço social

Fatores comportamentais determinantes

Fatores determinantes relacionados a aspectos pessoais

Fatores determinantes relacionados ao ambiente físico

Fatores determinantes relacionados ao ambiente social

Fatores econômicos determinantes

4. Desafios de uma população em processo de envelhecimento | 33

1º desafio: A carga dupla da doença

2º desafio: O maior risco de deficiência

3º desafio: Provisão de cuidado para populações em processo de envelhecimento

4º desafio: A feminização do envelhecimento

5º desafio: Ética e iniquidades

6º desafio: A economia de uma população em processo de envelhecimento

7º desafio: A criação de um novo paradigma

5. A resposta desta política de saúde | 45

Ação intersetorial

Principais propostas desta política

1. Saúde

2. Participação

3. Segurança

A OMS e envelhecimento

Colaboração internacional

Conclusão

6. Referências | 57



Quem são os “mais velhos”?

Este material usa o padrão de idade de 60 anos, estabelecido pelas Nações Unidas, para descrever pessoas “mais velhas”. Esta quantidade de anos pode parecer pouca no mundo desenvolvido e nos países em desenvolvimento, onde houve grande aumento na expectativa de vida. No entanto, qualquer que seja a idade definida dentro de contextos diferentes, é importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento. Existem variações significativas relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas mais velhas que possuem a mesma idade. As autoridades precisam considerar essas variações ao formular políticas e programas para as populações “mais velhas”. Fazer vigorar políticas sociais abrangentes baseadas somente na idade cronológica pode ser discriminatório e contraproducente para o bem-estar na terceira idade.



Introdução

O envelhecimento da população levanta várias questões fundamentais para os formuladores de políticas. Como podemos ajudar pessoas a permanecerem independentes e ativas à medida que envelhecem? Como podemos encorajar a promoção da saúde e as políticas de prevenção, especialmente aquelas direcionadas aos mais velhos? Já que as pessoas estão vivendo por mais tempo, como a qualidade de vida na Terceira Idade pode ser melhorada? Um grande número de pessoas na Terceira Idade causará a falência de nossos sistemas de saúde e de previdência social? Como podemos equilibrar o papel da família e o do Estado em termos de assistência àqueles que necessitam de cuidados à medida que envelhecem? Como podemos reconhecer e apoiar o papel importante que as pessoas mais velhas desempenham no cuidado aos outros?

Este trabalho pretende abordar essas questões e outras preocupações relacionadas ao envelhecimento da população. Seu público-alvo abrange governantes em todos os níveis, entidades não-governamentais e o setor privado, e todos aqueles responsáveis pela formulação de políticas e programas ligados ao envelhecimento. Além disso, aborda a questão da saúde a partir de uma perspectiva ampla e reconhece o fato de que a saúde só pode ser criada e mantida com a participação de vários setores. E ainda, sugere que os profissionais da saúde liderem o projeto se realmente quisermos que *“pessoas da Terceira Idade saudáveis continuem a representar um recurso para suas famílias, comunidades e economias, como*

afirmado na Declaração da OMS sobre Envelhecimento e Saúde, em Brasília, em 1996.

+ A parte 1 deste trabalho descreve o rápido crescimento mundial da população acima de 60 anos, especialmente nos países em desenvolvimento.

+ A parte 2 explora o conceito e o fundamento do “envelhecimento ativo” como uma meta para a formulação de políticas e programas.

+ A parte 3 resume as evidências sobre os fatores que determinam se os indivíduos e as populações irão ou não ter uma qualidade de vida positiva à medida que envelhecem.

+ A parte 4 discute sete importantes desafios associados a uma população em processo de envelhecimento, para os governos e setores não-governamental, acadêmico e privado.

+ A parte 5 fornece um plano de ação para o envelhecimento ativo e sugestões concretas para propostas de ação fundamentais. O plano de ação e as sugestões pretendem servir como base para o desenvolvimento de ações mais específicas locais, regionais e nacionais, de acordo com o plano de ação adotado pela Segunda Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento, em 2002.



1. Envelhecimento global: triunfo e desafio

O envelhecimento da população é, antes de tudo, uma estória de sucesso para as políticas de saúde pública, assim como para o desenvolvimento social e econômico. ...

Gro Harlem Brundtland, Diretor-Geral, OMS, 1999

O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos nossos grandes desafios. Ao entrarmos no século XXI, o envelhecimento global causará um aumento das demandas sociais e econômicas em todo o mundo. No entanto, as pessoas da 3ª idade são, geralmente, ignoradas como recurso quando, na verdade, constituem recurso importante para a estrutura das nossas sociedades.

A Organização Mundial da Saúde argumenta que os países podem custear o envelhecimento se os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil implementarem políticas e programas de “envelhecimento ativo” que melhorem a saúde, a participação e a segurança dos cidadãos mais velhos. A hora para planejar e agir é agora.

Em todos os países, e especialmente nos países em desenvolvimento, medidas para ajudar pessoas mais velhas a se manterem saudáveis e ativas são uma necessidade, não um luxo.

As políticas e programas a que nos referimos acima devem ser baseados nos direitos, necessidades, preferências e habilidades das pessoas mais velhas. Devem incluir, também, uma perspectiva de curso de vida que reconheça a importante influência das experiências de vida para a maneira como os indivíduos envelhecem.

A revolução demográfica

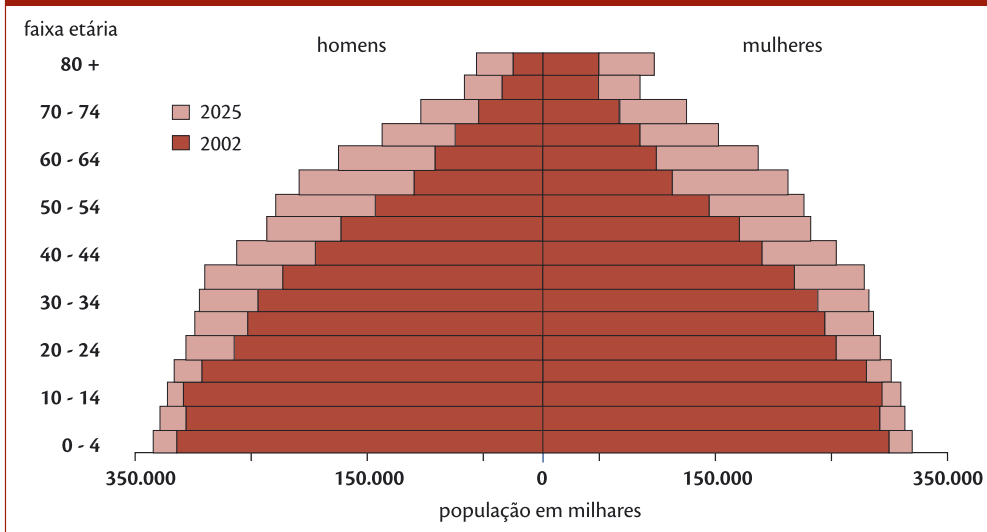
Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223 %, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento.

A composição etária de um país – o número proporcional de crianças, jovens, adultos e idosos – é um elemento importante a ser considerado pelos governantes. O envelhecimento de uma população relaciona-se a uma redução no número de crianças e jovens e a um aumento na proporção de pessoas com 60 anos ou mais. À medida que as populações envelhecem, a pirâmide populacional triangular de 2002 será substituída por uma estrutura mais cilíndrica em 2025 (ver figura 1).

Uma redução nas taxas de fertilidade e um aumento da longevidade irão assegurar o contínuo “agrisalhamento” da população mundial, apesar da diminuição da expectativa de vida em alguns países da África (devido à AIDS) e em alguns Estados recém-independentes (devido ao aumento do número de mortes causadas por doenças cardiovasculares e pela violência). Observam-se quedas abruptas



figura 1. Pirâmide da população mundial em 2002 e em 2025



Fonte: Nações Unidas, 2001.

nas taxas de fertilidade em todo o mundo e estima-se que, até 2025, 120 países terão alcançado taxas de fertilidade total abaixo do nível de reposição (média de fertilidade de 2,1 crianças por mulher). Isso representa um aumento substancial se comparado a dados de 1975, quando apenas 22 países possuíam uma taxa de fertilidade total menor ou igual ao nível de reposição. O número atual é de 70 países.

Até agora, o envelhecimento da população esteve muito associado às regiões mais desenvolvidas do mundo. Por exemplo,

nove entre dez países com população maior do que 10 milhões e maior proporção de habitantes idosos estão na Europa (ver tabela 1). Espera-se pouca mudança nesta ordem até 2025, quando os indivíduos com 60 anos ou mais irão formar aproximadamente um terço da população de países como Japão, Alemanha e Itália, seguidos de perto por outros países europeus (ver tabela 1). À medida que a proporção de crianças e jovens diminui e a proporção de pessoas com 60 anos de idade ou mais aumenta, a pirâmide triangular da população de 2002 será substituída por

tabela 1. Países com mais de 10 milhões de habitantes (em 2002) e com maior proporção de pessoas acima de 60 anos

2002		2025	
Itália	24,5%	Japão	35,1%
Japão	24,3%	Itália	34,0%
Alemanha	24,0%	Alemanha	33,2%
Grécia	23,9%	Grécia	31,6%
Bélgica	22,3%	Espanha	31,4%
Espanha	22,1%	Bélgica	31,2%
Portugal	21,1%	Reino Unido	29,4%
Reino Unido	20,8%	Países Baixos	29,4%
Ucrânia	20,7%	França	28,7%
França	20,5%	Canadá	27,9%

Fonte: Nações Unidas, 2001.



tabela 2. Número absoluto de pessoas (em milhões) acima de 60 anos de idade em países com população total perto ou acima de 100 milhões (em 2002)

2002		2025	
China	134,2	China	287,5
Índia	81,0	Índia	168,5
Estados Unidos da América	46,9	Estados Unidos da América	86,1
Federação Russa	26,2	Indonésia	35,0
Indonésia	17,1	Brasil	33,4
Brasil	14,1	Federação Russa	32,7
Paquistão	8,6	Paquistão	18,3
México	7,3	Bangladesh	17,7
Bangladesh	7,2	México	17,6
Nigéria	5,7	Nigéria	11,4

Fonte: Nações Unidas, 2001.

uma estrutura mais cilíndrica em 2025. Sabe-se pouco, porém, sobre a velocidade e a importância do envelhecimento da população em regiões menos desenvolvidas. A maioria das pessoas da Terceira Idade – em torno de 70% – vive em países em desenvolvimento (ver tabela 2). Esses números irão continuar a crescer em um ritmo rápido.

Em todos os países, especialmente nos desenvolvidos, a população mais velha está envelhecendo também. Atualmente, o número de pessoas com mais de 80 anos chega a 69 milhões, e a maioria vive em regiões mais desenvolvidas. Apesar dos indivíduos com mais de 80 anos representarem aproximadamente um por cento da população mundial e três por cento da população em regiões desenvolvidas, esta faixa etária é o segmento da população que cresce mais rapidamente.

Tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, existe a preocupação com o fato de o envelhecimento da população, possivelmente, não permitir que uma força de trabalho em redução será capaz

de manter aquela parte da população tradicionalmente considerada dependente (ou seja, crianças e idosos).

A proporção de dependência na 3ª idade (isto é, o total da população com 60 anos ou mais dividido pelo total da população entre 15 e 60 anos – ver tabela 3) é um dado essencial para economistas e atuários que fazem previsões sobre as implicações financeiras das políticas de aposentadorias e pensões. Contudo, este dado é bastante útil para aqueles que se preocupam com o planejamento e a administração dos serviços de assistência.

A proporção de dependência na 3ª idade está mudando rapidamente em todo o mundo. No Japão, por exemplo, existem 39 pessoas acima de 60 anos para cada 100 pessoas entre 15 e 60 anos atualmente. Em 2025 este número aumentará para 66.

Ainda assim, a maioria das pessoas mais velhas em todos os países continua a representar um recurso vital para as famílias e comunidades. Muitas deles continuam a trabalhar tanto no mercado formal de trabalho quanto no informal. Por essa razão, a proporção de dependência



tabela 3. Proporção de dependência na 3ª idade em países/regiões selecionados

	2002		2025
Japão	0,39	Japão	0,66
América do Norte	0,26	América do Norte	0,44
União Européia	0,36	União Européia	0,56

Fonte: Nações Unidas, 2001.

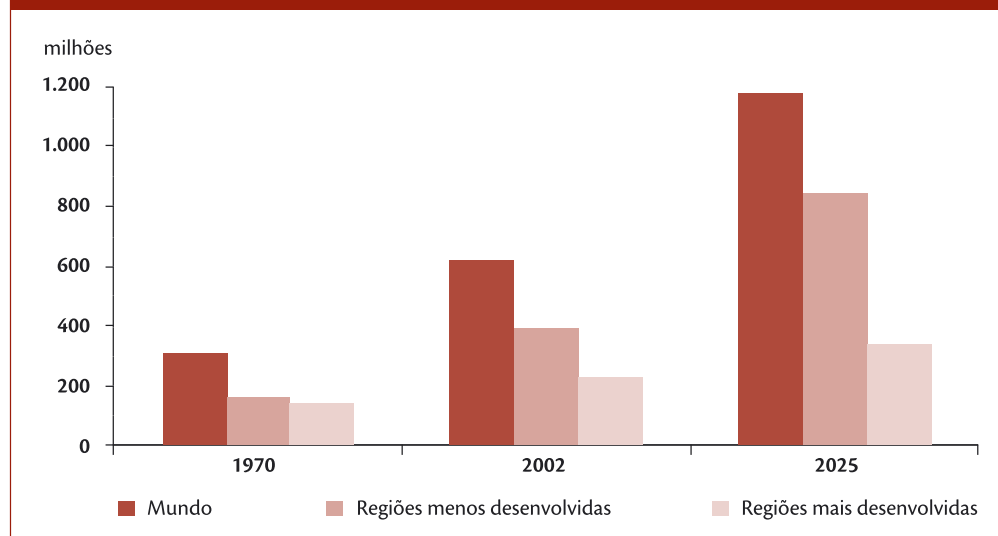
é de uso limitado como indicador para as necessidades de uma população. Para refletir a “dependência” com mais precisão, são necessários índices mais sofisticados do que a falsa classificação de pessoas que continuam plenamente capazes e independentes.

Ao mesmo tempo, políticas e programas de envelhecimento ativo são necessários para permitir que as pessoas continuem a trabalhar de acordo com suas capacidades e preferências à medida que envelhecem, e para prevenir e retardar incapacidades e doenças crônicas que são caras para os indivíduos, para as famílias e para os sistemas de saúde. Este tópico será discutido mais adiante, na seção sobre trabalho (página 31), em Segundo desafio: O maior

risco de deficiência (página 34) e em Sexto desafio: A economia de uma população em processo de envelhecimento’ (página 42).

Envelhecimento rápido da população nos países em desenvolvimento

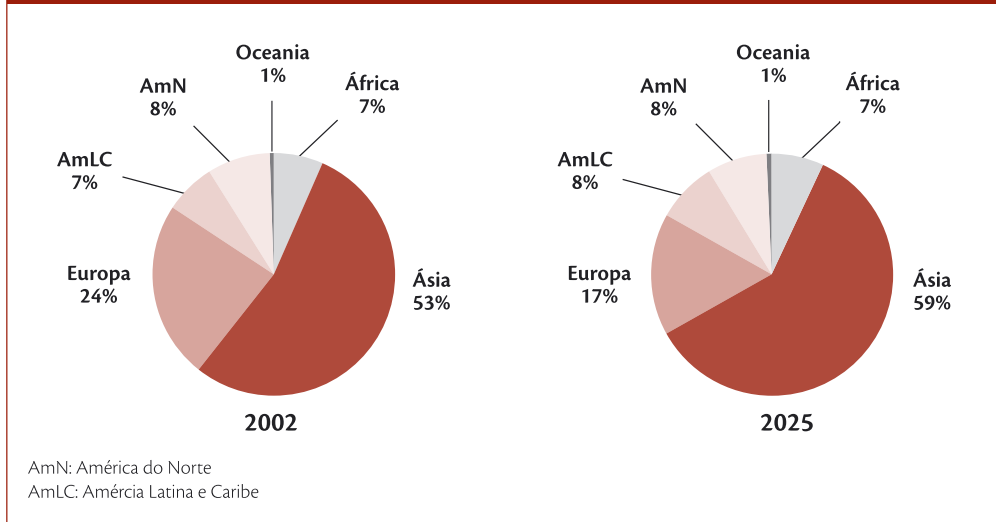
Em 2002, quase 400 milhões de pessoas com 60 anos ou mais viviam no mundo em desenvolvimento. Até 2025, este número terá aumentado para aproximadamente 840 milhões, o que representa 70 por cento das pessoas na 3ª idade em todo o mundo (ver figura 2). Em termos de regiões, mais da metade da população de pessoas mais velhas vive na Ásia. Nas próximas duas décadas, este percentual da Ásia aumentará ainda mais, enquanto a participação da

figura 2. O número de pessoas acima de 60 anos de idade em regiões mais ou menos desenvolvidas, 1970, 2000 e 2025

Fonte: Nações Unidas, 2001.



figura 3. Distribuição da população mundial acima de 60 anos de idade por região, 2002 e 2025



Fonte: Nações Unidas, 2001.

Europa na população mundial mais velha diminuirá (ver figura 3).

Comparando-se os países desenvolvidos e os em desenvolvimento, esses não têm acompanhado o ritmo rápido de envelhecimento da população em termos de desenvolvimento sócio-econômico. Por exemplo, enquanto a França levou 115 anos para dobrar a proporção de pessoas mais velhas de 7 para 14 por cento, a China levará somente 27 anos para atingir o mesmo aumento. Na maior parte do mundo desenvolvido, o envelhecimento da população foi um processo gradual acompanhado de crescimento sócio-econômico constante durante muitas décadas e gerações. Já nos países em desenvolvimento, este processo de envelhecimento está sendo

reduzido há duas ou três décadas. Assim, enquanto os países desenvolvidos tornaram-se ricos antes de envelhecerem, os países em desenvolvimento estão envelhecendo antes de obterem um aumento substancial em sua riqueza (Kalache e Keller, 2000).

O rápido envelhecimento nos países em desenvolvimento é acompanhado por mudanças dramáticas nas estruturas e nos papéis da família, assim como nos padrões de trabalho e na migração. A urbanização, a migração de jovens para cidades à procura de trabalho, famílias menores, e mais mulheres tornando-se força de trabalho formal significam que menos pessoas estão disponíveis para cuidar de pessoas mais velhas quando necessário.



2. Envelhecimento ativo: conceito e fundamento

Se quisermos que o envelhecimento seja uma experiência positiva, uma vida mais longa deve ser acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança. A Organização Mundial da Saúde adotou o termo “envelhecimento ativo” para expressar o processo de conquista dessa visão.

O que é “envelhecimento ativo”?

Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários.

A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades

e países. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados.

O termo “saúde” refere-se ao bem-estar físico, mental e social, como definido pela Organização Mundial da Saúde. Por isso, em um projeto de envelhecimento ativo, as políticas e programas que promovem saúde mental e relações sociais são tão importantes quanto aquelas que melhoram as condições físicas de saúde.

Manter a autonomia e independência durante o processo de envelhecimento é uma meta fundamental para indivíduos e governantes (veja definições). Além disto, o envelhecimento ocorre dentro de um contexto que envolve outras pessoas – amigos, colegas de trabalho, vizinhos e membros da família. Esta é a razão pela qual interdependência e solidariedade entre gerações (uma via de mão-dupla, com indivíduos jovens e velhos, onde se dá e se recebe) são princípios relevantes para o envelhecimento ativo. A criança de ontem é o adulto de hoje e o avô ou avó de amanhã. A qualidade de vida que as pessoas terão quando avós depende não só dos riscos e oportunidades que experimentarem durante a vida, mas também da maneira como as gerações posteriores irão oferecer ajuda e apoio mútuos, quando necessário.



» Alguns conceitos importantes

Autonomia é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências.

Independência é, em geral, entendida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária – isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros.

Qualidade de vida é “a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente” (OMS, 1994). À medida que um indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência.

Expectativa de vida saudável é uma expressão geralmente usada como sinônimo de “expectativa de vida sem incapacidades físicas”. Enquanto a expectativa de vida ao nascer permanece uma medida importante do envelhecimento da população, o tempo de vida que as pessoas podem esperar viver sem precisar de cuidados especiais é extremamente importante para uma população em processo de envelhecimento.

Com a exceção da autonomia, sabidamente difícil de mensurar, todos os conceitos acima foram elaborados através de tentativas de medir o grau de dificuldade que uma pessoa mais velha tem ao executar

atividades de vida diária (AVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). As AVDs incluem, por exemplo, tomar banho, comer, usar o banheiro e andar pelos cômodos da casa, e as AIVDs incluem atividades como fazer compras, realizar trabalhos domésticos e preparar refeições. Recentemente foram desenvolvidas algumas medidas de qualidade de vida relacionadas à saúde que são mais gerais e foram validadas. Essas medidas precisam ser compartilhadas e adaptadas para o uso em diversos cenários e culturas.

O termo “envelhecimento ativo” foi adotado pela Organização Mundial da Saúde no final dos anos 90. Procura transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento saudável”, abrangente do que “envelhecimento saudável”, e reconhecer, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (Kalache e Kickbusch, 1997).

A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas. Assim, o planejamento estratégico deixa de ter um enfoque baseado nas necessidades (que considera as pessoas mais velhas como alvos passivos) e passa ter uma abordagem baseada em direitos, o que permite o reconhecimento dos direitos dos mais velhos à igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem. Essa abordagem apóia a responsabilidade dos mais velhos no exercício de sua participação nos processos políticos e em outros aspectos da vida em comunidade.



Uma abordagem de curso de vida para o envelhecimento ativo

A perspectiva de curso de vida para o envelhecimento ativo reconhece que os mais velhos não constituem um grupo homogêneo e que a diversidade entre os indivíduos tende a aumentar com a idade. As intervenções que criam ambientes de apoio e promovem opções saudáveis são importantes em todos os estágios da vida (ver figura 4).

Principais doenças crônicas que afetam os idosos em todo o mundo

- Doenças cardiovasculares (tais como doença coronariana)
- Hipertensão
- Derrame
- Diabete

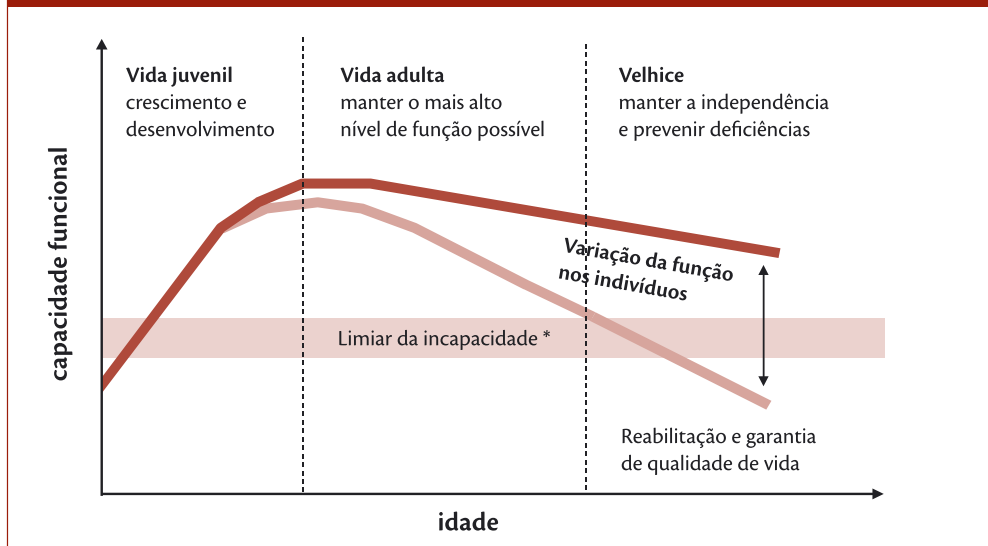
- Câncer
- Doença pulmonar obstrutiva crônica
- Doenças músculo-esqueléticas (como artrite e osteoporose)
- Doenças mentais (principalmente demência e depressão)
- Cegueira e diminuição da visão

Nota: As causas de deficiências na 3ª idade são semelhantes para homens e mulheres, embora as mulheres sejam mais propensas a apresentar problemas músculo-esqueléticos.

Fonte: OMS, 1998.

Conforme os indivíduos envelhecem, as doenças não-transmissíveis (DNTs) transformam-se nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões do mundo, inclusive nos países em desenvolvimento, como mostram as figuras 5 e 6. As DNTs, enfermidades típicas da 3ª idade, são caras para os indivíduos, as famílias e o Estado.

figura 4. Manutenção da capacidade funcional durante o curso de vida



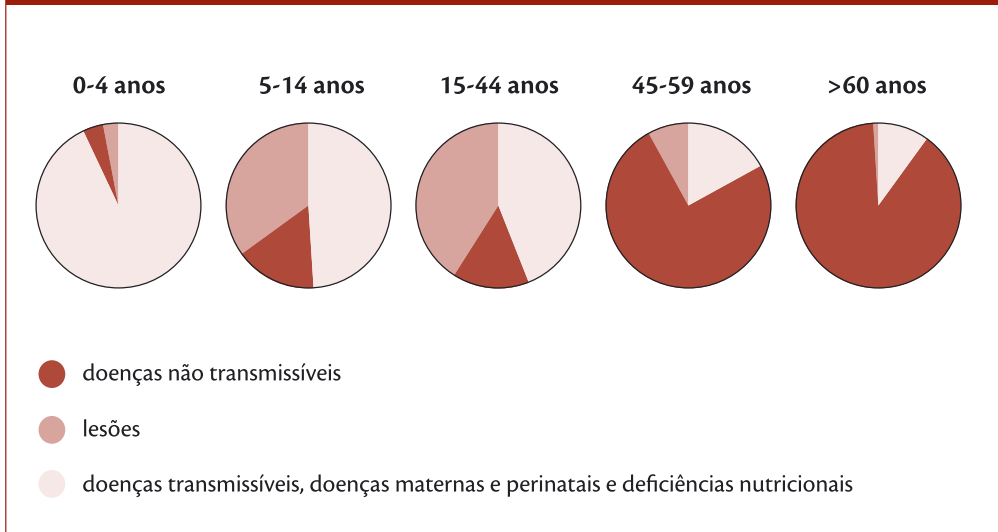
Fonte: Kalache and Kickbusch, 1997.

* Mudanças no ambiente podem diminuir o limiar da deficiência e, assim, reduzir o número de pessoas com incapacidades em uma comunidade.

A capacidade funcional (como capacidade ventilatória, força muscular e débito cardíaco) aumenta durante a infância e atinge seu máximo nos primeiros anos da vida adulta, entrando em declínio em seguida. A velocidade do declínio, no entanto, é fortemente determinada por fatores relacionados ao estilo de vida na vida adulta – como, por exemplo, tabagismo, consumo de álcool, nível de atividade física e dieta alimentar – assim como por fatores externos e ambientais. O declínio pode ser tão acentuado que resulte em uma deficiência prematura. Contudo, a aceleração no declínio pode sofrer influências e ser reversível em qualquer idade através de medidas individuais e públicas.

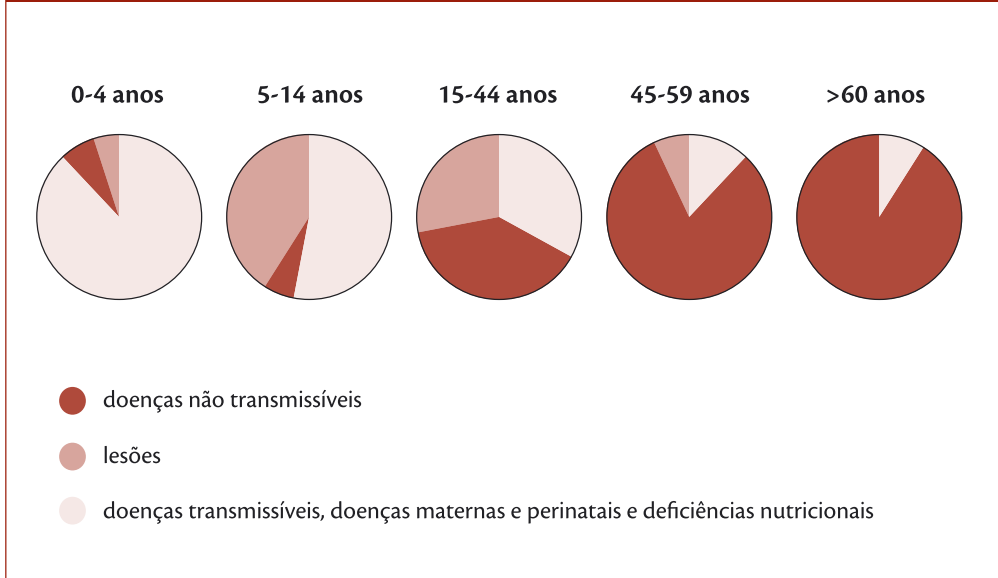


figura 5. Principais causas de morte, em ambos os sexos, 1998, em países de baixa e média renda, por idade



Fonte: OMS (1999) Relatório Mundial de Saúde, Banco de Dados.

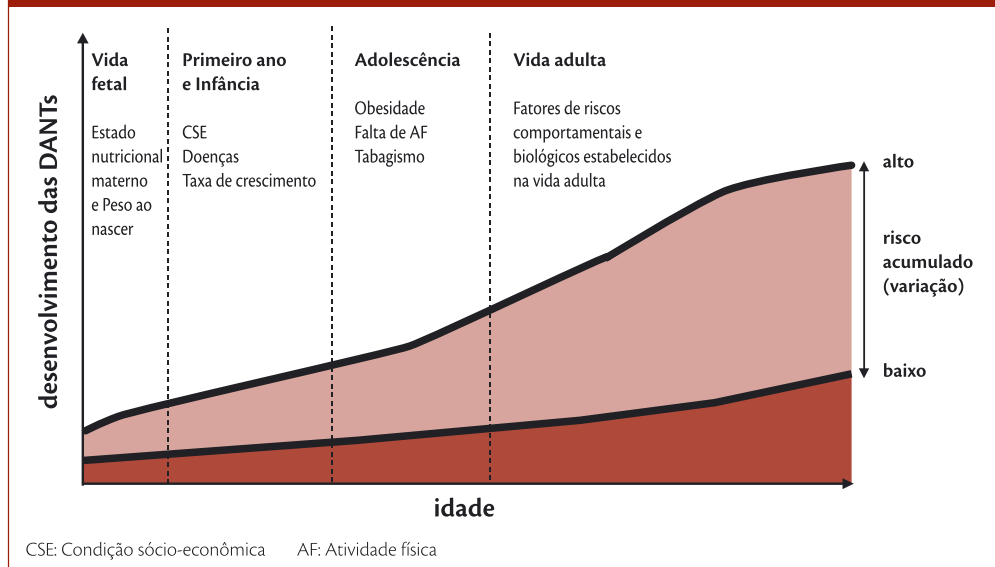
figura 6. Principais causas de carga de doenças, em ambos os sexos, 1998, em países de baixa e média renda, por idade



Fonte: OMS (1999) Relatório Mundial de Saúde, Banco de Dados.



figura 7. Escopo para prevenção de doenças não transmissíveis - uma abordagem do curso de vida



Fonte: ABODERIN et al., 2002.

Mas muitas DNTs podem ser evitadas, ou pelo menos adiadas. Não prevenir ou controlar as DNTs de forma apropriada irá resultar em enormes custos humanos e sociais, que irão absorver uma quantidade desproporcional de recursos que poderiam ter sido destinados a problemas de saúde de outras faixas etárias.

Nos primeiros anos de vida, as doenças transmissíveis, doenças maternas e perinatais e deficiências nutricionais são as principais causas de morte e enfermidades. No final da infância, na adolescência e no início da vida adulta, as lesões e doenças não-transmissíveis começam a assumir um papel muito maior. Na meia-idade, em torno dos 45 anos, as doenças não-transmissíveis são responsáveis pela grande maioria das mortes e enfermidades (ver figuras 5 e 6). As pesquisas demonstram cada vez mais que as origens do risco de doenças crônicas, como diabetes e cardiopatia, começam na infância ou até mesmo antes. E esse risco é subsequentemente definido e modificado por fatores como condição sócio-econômica

e experiências ao longo da vida. Além disso, o risco de desenvolver DNTs continua a aumentar conforme as pessoas envelhecem. Porém, o que relativamente aumenta o risco de desenvolvimento de DNTs nas idades mais avançadas é tabagismo, falta de atividade física, dieta inadequada, entre outros fatores de risco da vida adulta (veja figura 7). Portanto, é importante chamar a atenção para os riscos de doenças não-transmissíveis durante toda a vida, desde os primeiros até os últimos anos.

Programas e Políticas de envelhecimento ativo

Uma abordagem de envelhecimento ativo para o desenvolvimento de políticas e programas tem o potencial de reunir muitos dos desafios inerentes ao envelhecimento individual e populacional. Quando políticas sociais de saúde, mercado de trabalho, emprego e educação apoiarem o envelhecimento ativo, teremos muito provavelmente:



- menos mortes prematuras em estágios da vida altamente produtivos;
- menos deficiências associadas às doenças crônicas na Terceira Idade;
- mais pessoas com uma melhor qualidade de vida à medida que envelhecem;
- à medida que envelhecem, mais indivíduos participando ativamente nos aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos da sociedade, em atividades remuneradas ou não, e na vida doméstica, familiar e comunitária;
- menos gastos com tratamentos médicos e serviços de assistência médica.

Programas e políticas de envelhecimento ativo reconhecem a necessidade de incentivar e equilibrar responsabilidade pessoal (cuidado consigo mesmo), ambientes amistosos para a faixa etária e solidariedade entre gerações. As famílias e os indivíduos precisam planejar e se preparar para a velhice, e precisam se esforçar pessoalmente para adotar uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida. Ao mesmo tempo, é necessário que os ambientes de apoio façam com que “as opções saudáveis sejam as mais fáceis”.

Existem boas razões econômicas para se implementar programas e políticas que promovam o envelhecimento ativo, em termos de aumento de participação e redução de custos com cuidados. As pessoas que se mantêm saudáveis conforme envelhecem enfrentam menos problemas para continuar a trabalhar. Atualmente, a tendência para se aposentar cedo em países industrializados é, em grande parte, o resultado de políticas que incentivaram a aposentadoria precoce. Mas, à medida que as populações envelhecem, vai haver mais

pressão para que tais políticas públicas mudem –especialmente se mais e mais indivíduos atingirem a 3ª idade gozando de boa saúde, ou seja, ainda aptos para o trabalho. Isso ajudaria a compensar os crescentes custos com pensões e aposentadorias, assim como os custos com assistência médica e social.

Em relação aos gastos públicos cada vez maiores com assistência médica, alguns dados disponíveis indicam que a velhice em si não está associada ao aumento das despesas médicas. O que encarece os gastos são as deficiências e a saúde precária –freqüentemente associadas à velhice. Se as pessoas envelhecerem com uma saúde melhor, as despesas médicas, provavelmente, não aumentarão de modo tão rápido.

Os legisladores precisam prestar atenção ao panorama completo e considerar a economia alcançada com a queda nas taxas de deficiências. Nos Estados Unidos, por exemplo, tais quedas podem reduzir as despesas médicas em aproximadamente 20% nos próximos 50 anos (Cutler, 2001). Entre 1982 e 1994, nos Estados Unidos, somente a economia com gastos em clínicas de repouso ultrapassou 17 bilhões de dólares (Singer e Manton, 1998). Além disso, se um número maior de pessoas mais velhas saudáveis aumenta sua participação na força de trabalho (seja através de empregos em horário integral ou em meio-expediente), sua contribuição para as receitas públicas também aumenta. Por fim, em geral, é menos dispendioso prevenir a doença do que tratá-la. Por exemplo, estimou-se que para cada um dólar investido em medidas para estimular a atividade física moderada houve uma economia de 3,2 dólares em despesas médicas (Centro para Controle das Doenças dos Estados Unidos, 1999).



3. Os fatores determinantes do envelhecimento ativo: compreenda as evidências

O envelhecimento ativo depende de uma diversidade de fatores “determinantes” que envolvem indivíduos, famílias e países. A compreensão das evidências que temos sobre esses fatores irá nos auxiliar a elaborar políticas e programas que obtenham êxito nessa área.

A próxima seção resume nosso conhecimento sobre como os amplos fatores determinantes da saúde atuam no processo de envelhecimento. Esses determinantes aplicam-se à saúde de pessoas de todas as idades, apesar da ênfase aqui ser a saúde e a qualidade de vida dos idosos. A essa altura, não é possível atribuir uma causa direta a qualquer um dos fatores determinantes; entretanto, as evidências substanciais sobre o que determina saúde sugerem que todos estes fatores (e a interação entre eles) são bons indícios de como indivíduos e as populações envelhecem. Há necessidade de

mais pesquisas para esclarecer e especificar o papel de cada fator determinante, assim como da interação entre eles, no processo de envelhecimento ativo. Também precisamos entender melhor os caminhos que explicam como estes amplos fatores determinantes realmente afetam a saúde e o bem estar.

Além disto, vale a pena avaliar a influência dos fatores determinantes durante o curso de vida, de modo a aproveitar as transições e “janelas de oportunidade” e estimular a saúde, participação e segurança em seus diferentes estágios. Por exemplo, há evidências de que o estímulo e as relações afetivas seguras na infância influenciam a capacidade individual de aprendizagem e de convívio em sociedade durante todos os estágios posteriores da vida. O emprego, que é um fator determinante por toda a vida adulta, tem grande influência sobre a preparação, sob o aspecto financeiro,

figura 8. Os determinantes do envelhecimento ativo



do indivíduo para a velhice. O acesso a tratamentos de alta qualidade e de longo prazo dignos é particularmente importante na idade mais avançada. Frequentemente, assim como quando expostos à poluição, os jovens e os idosos são os grupos populacionais mais vulneráveis.

Fatores determinantes transversais: cultura e gênero

A cultura é um fator determinante transversal dentro da estrutura para compreender o envelhecimento ativo.

A cultura, que abrange todas as pessoas e populações, modela nossa forma de envelhecer, pois influencia todos os outros fatores determinantes do envelhecimento ativo.

Os valores culturais e as tradições determinam muito como uma sociedade encara as pessoas idosas e o processo de envelhecimento. Quando as sociedades atribuem sintomas de doença ao processo de envelhecimento, elas têm menor probabilidade de oferecer serviços de prevenção, detecção precoce e tratamento apropriado. A cultura é um fator chave para que a convivência com as gerações mais novas na mesma residência seja ou não o estilo de vida preferido. Por exemplo, em muitos países asiáticos, a regra cultural é a valorização de famílias ampliadas e a vida em conjunto em lares com várias gerações da mesma família. Os fatores culturais também influenciam na busca por comportamentos mais saudáveis; por exemplo, as atitudes relacionadas ao tabagismo estão mudando, gradativamente, em vários países.

Há uma enorme diversidade e complexidade cultural dentro de países e entre regiões e países do mundo. Por exemplo, diferentes etnias trazem uma variedade de valores, atitudes e tradições para a cultura dominante de um país. As políticas e programas precisam respeitar culturas e tradições e, ao mesmo tempo, desmistificar estereótipos ultrapassados e informações errôneas. Além disso, há valores universais essenciais que transcendem a cultura, tais como a ética e os direitos humanos.

O gênero é uma “lente” através da qual considera-se a adequação de várias opções políticas e o efeito destas sobre o bem estar de homens e mulheres.

Em muitas sociedades, as mulheres jovens e adultas têm status social inferior e acesso mais restrito a alimentos nutritivos, educação, trabalho significativo e serviços de saúde. O papel tradicional das mulheres como responsáveis pelos cuidados com a família também pode contribuir para um aumento da pobreza e de problemas de saúde quando ficam mais velhas. Algumas mulheres são forçadas a largar o trabalho remunerado para assumir os cuidados com a família. Outras nunca têm acesso ao trabalho remunerado, já que cuidam de filhos, pais idosos, cônjuges e netos em tempo integral. Por outro lado, homens jovens e adultos estão mais sujeitos a lesões incapacitantes ou morte devido à violência, aos riscos ocupacionais e ao suicídio. Também assumem comportamentos de maior risco, como fumar, consumir bebidas alcoólicas e drogas e se expor desnecessariamente ao risco de lesões.



Fatores determinantes relacionados aos sistemas de saúde e serviço social

Para promover o envelhecimento ativo, os sistemas de saúde necessitam ter uma perspectiva de curso de vida que vise à promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo a cuidado primário e de longo prazo de qualidade.

Os serviços sociais e de saúde precisam ser integrados, coordenados e eficazes em termos de custos. Não pode haver discriminação de idade na provisão de serviços e os provedores destes devem tratar as pessoas de todas as idades com dignidade e respeito.

Promoção da saúde e prevenção de doenças

Promoção da saúde é o processo que permite às pessoas controlar e melhorar sua saúde. A prevenção de doenças abrange a prevenção e o tratamento de enfermidades especialmente comuns aos indivíduos à medida que envelhecem: doenças não-transmissíveis e lesões. A prevenção pode ser “primária” (abstenção do uso do tabaco); “secundária” (triagem para detecção precoce de doenças crônicas); ou ainda, “terciária” (tratamento clínico adequado). Todas as formas contribuem para reduzir o risco de incapacidades. As estratégias de prevenção de doenças – que podem também incluir as doenças infecciosas – poupam gastos em qualquer idade. Por exemplo, a vacinação de idosos contra gripe proporciona uma economia de 30 a 60 dólares em tratamento por cada dólar gasto em vacinas (Departamento Norte-Americano de Saúde e Serviços Humanos, 1999).

Serviços curativos

Apesar de grandes esforços na promoção da saúde e prevenção de doenças, as pessoas estão sob um risco cada vez maior de desenvolver doenças conforme envelhecem. Por isso, o acesso aos serviços curativos é indispensável. Como a grande maioria da população idosa de qualquer país vive em comunidades, a maior parte dos serviços curativos deve ser oferecida pelo setor de cuidados primários. Esse é o setor mais bem equipado para encaminhar para atenção secundária e terciária, que oferecem a maior parte da assistência em casos agudos e de emergência.

Em uma instância, a alteração mundial na carga global de doenças em direção às doenças crônicas requer uma mudança do modelo “ache e conserte” para um sistema amplo, coordenado e contínuo de cuidados. Esta mudança irá demandar uma reorientação dos sistemas de saúde que estão atualmente calcados na prática do tratamento de experiências agudas e episódicas de doenças. Os modelos de serviço de saúde atuais, baseados nos cuidados aos quadros agudos, são inadequados para responder às necessidades de populações que estão envelhecendo rapidamente (OMS, 2001).

À medida que a população envelhece, a demanda por medicamentos que retardem e tratem doenças crônicas, aliviem a dor e melhorem a qualidade de vida irá continuar a aumentar. Esta situação demanda um esforço renovado para garantir o acesso aos medicamentos essenciais e seguros e a utilização adequada e custo-eficaz das drogas atuais e novas. A parceria neste esforço precisa incluir governos, profissionais da saúde, indústria



farmacêutica, terapeutas tradicionais, empresas e organizações que representam os idosos.

Assistência a longo prazo

A assistência a longo prazo é definida pela OMS como “o sistema de atividades empreendidas por cuidadores informais (família, amigos e/ou vizinhos) e/ou profissionais (de serviços sociais e de saúde) a uma pessoa não plenamente capaz de se cuidar, para que esta tenha a melhor qualidade de vida possível, de acordo com suas preferências individuais, com o maior nível possível de independência, autonomia, participação, satisfação pessoal e dignidade humana” (OMS, 2000b).

Portanto, a assistência a longo prazo abrange sistemas de apoio informais e formais. Esses podem incluir uma ampla variedade de serviços comunitários (saúde pública, cuidados básicos, tratamento domiciliar, serviços de reabilitação e tratamento paliativo), assim como tratamento institucional em asilos e hospitais para doentes terminais. Os sistemas formais referem-se também aos tratamentos que interrompem ou reverterem o curso da doença e da deficiência.

Serviços de saúde mental

Os serviços de saúde mental, que desempenham um papel crucial no envelhecimento ativo, deveriam ser uma parte integral na assistência a longo prazo. Deve-se dar uma atenção especial aos subdiagnósticos de doença mental (especialmente depressão) e às taxas de suicídio entre os idosos (OMS, 2001).

Fatores comportamentais determinantes

A adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa no cuidado da própria saúde são importantes em todos os estágios da vida. Um dos mitos do envelhecimento é que é tarde demais para se adotar esses estilos nos últimos anos de vida. Pelo contrário, o envolvimento em atividades físicas adequadas, alimentação saudável, a abstinência do fumo e do álcool, e fazer uso de medicamentos sabiamente podem prevenir doenças e o declínio funcional, aumentar a longevidade e a qualidade de vida do indivíduo.

Tabagismo

Fumar é o fator de risco de DNTs modificável mais importante para jovens e idosos e representa a causa de morte prematura mais evitável. Fumar não só aumenta o risco de desenvolver doenças como o câncer de pulmão, mas também está negativamente relacionado a fatores que podem levar a importantes perdas da capacidade funcional. Por exemplo, fumar acelera a taxa de diminuição da densidade óssea, a força muscular e a função respiratória. Pesquisas sobre os efeitos do fumo revelaram que este não é apenas um fator de risco para um extenso e cada vez maior número de doenças, mas também que os efeitos do seu uso são cumulativos e de longa duração. O risco de contrair ao menos uma das doenças associadas ao fumo aumenta com a duração e a quantidade da exposição.

Uma mensagem crucial para a juventude seria: “se você quer envelhecer, não fume. Além disso, se você quer envelhecer e



aumentar a chance de envelhecer bem, não fume”.

Os benefícios de parar de fumar têm um alcance amplo e se aplicam a todas as faixas etárias. Por exemplo, o risco de sofrer derrame diminui após dois anos de abstinência do uso do cigarro e, após cinco anos, torna-se igual ao dos indivíduos que nunca fumaram. Para outras doenças, como câncer de pulmão e doença pulmonar obstrutiva crônica, parar de fumar diminui o risco, mas lentamente. Assim, a exposição ao tabagismo agora não é um bom indicador dos riscos presentes e futuros, e a exposição no passado deve ser levada em conta também; os efeitos do fumo são cumulativos e de longo prazo (Doll, 1999).

Fumar pode interferir no efeito de medicamentos essenciais. A exposição passiva à fumaça pode ter um efeito negativo na saúde de pessoas idosas, especialmente se sofrerem de asma ou outros problemas respiratórios.

A maioria dos tabagistas inicia o hábito quando jovem e fica rapidamente viciada na nicotina presente no tabaco. Assim, os esforços para evitar que crianças e jovens comecem a fumar devem ser uma estratégia básica no controle do tabagismo. Ao mesmo tempo, é importante reduzir a demanda por cigarros entre adultos (através de ações abrangentes, como impostos e restrições na propaganda) e ajudar os adultos de todas as idades a parar de fumar. Alguns estudos demonstraram que o controle do tabagismo é altamente custo-eficaz nos países de renda média e baixa. Na China, por exemplo, estimativas conservadoras sugerem que um aumento de 10 por cento nos impostos sobre cigarros poderia reduzir o consumo em 5% e aumentar a receita em 5%. Este

aumento de receita seria suficiente para financiar um pacote de serviços de saúde essenciais para um terço dos cidadãos mais pobres da China (Banco Mundial, 1999).

Atividade física

A participação em atividades físicas regulares e moderadas pode retardar declínios funcionais, além de diminuir o aparecimento de doenças crônicas em idosos saudáveis ou doentes crônicos. Por exemplo, uma atividade física regular e moderada reduz o risco de morte por problemas cardíacos em 20 a 25% em pessoas com doença do coração diagnosticada (Merz & Forrester, 1997). Também pode reduzir substancialmente a gravidade de deficiências associadas à cardiopatia e outras doenças crônicas (U.S Preventive Services Task Force, 1996 – [Força-tarefa Norte-americana para Serviços Preventivos]). Uma vida ativa melhora a saúde mental e freqüentemente promove contatos sociais. A atividade pode ajudar pessoas idosas a ficarem independentes o máximo possível, pelo período de tempo mais longo. Além disso, pode reduzir o risco de quedas. Portanto, há importantes benefícios econômicos quando os idosos são fisicamente ativos. Os custos médicos são significativamente menores para as pessoas idosas ativas (OMS, 1998).

Apesar de todos esses benefícios, uma grande proporção de idosos leva uma vida sedentária na maioria dos países. As populações com baixa renda, minorias étnicas e pessoas idosas com deficiências são freqüentemente inativas. As políticas e programas deveriam estimular pessoas inativas a se tornarem mais ativas à medida que envelhecem, e garantir oportunidade para tal. É especialmente importante



propiciar áreas seguras para caminhadas e apoiar atividades comunitárias culturalmente apropriadas que incentivem a atividade física e que sejam organizadas e lideradas pelos próprios idosos. O conselho de profissionais, que orienta o idoso para a participação gradativa nestas atividades e os programas de reabilitação física que ajudam as pessoas idosas a se recuperarem de problemas de mobilidade são eficientes e eficazes em termos de custo.

Nos países menos desenvolvidos, pode ocorrer o problema contrário. Ali, os indivíduos freqüentemente executam trabalho físico árduo e tarefas que podem acelerar deficiências, causar lesões, e agravar doenças existentes, especialmente à medida que se aproximam da 3ª idade. Essas tarefas podem incluir muita responsabilidade como cuidadores de parentes doentes e terminais. As iniciativas de promoção da saúde nessas áreas devem buscar oferecer ajuda desde as tarefas repetitivas e cansativas, até os movimentos físicos inseguros no trabalho que possam diminuir a dor e as lesões. Os idosos que praticam regularmente atividades físicas vigorosas precisam de oportunidades para o descanso e a recreação.

Alimentação saudável

Os problemas de alimentação em todas as idades incluem tanto a desnutrição (mais freqüente, mas não exclusivamente, nos países menos desenvolvidos) como o consumo excessivo de calorias. Nos idosos, a desnutrição pode ser causada pelo acesso limitado a alimentos, dificuldades sócio-econômicas, falta de informação e conhecimento sobre nutrição, escolhas erradas de alimentos (alimentos ricos em gordura, por exemplo), doenças e uso de medicamentos, perda de dentes, isolamento

social, deficiências cognitivas ou físicas que inibem a capacidade de comprar comida e prepará-la, situações de emergência e falta de atividade física.

O consumo excessivo de calorias aumenta muito o risco de obesidade, doenças crônicas e deficiências durante o processo de envelhecimento.

Dietas ricas em gordura (saturada) e sal, pobres em frutas e legumes/verduras e que suprem uma quantidade insuficiente de fibras e vitaminas, combinadas ao sedentarismo, são os maiores fatores de risco de problemas crônicos, como diabetes, doença cardiovascular, pressão alta, obesidade, artrite e alguns tipos de câncer.

O cálcio e a vitamina D em quantidade insuficiente estão associados à perda na densidade óssea durante a velhice, e conseqüentemente, a aumento de fraturas que causam dor, têm custo elevado e debilitam, em especial nas mulheres idosas. Em populações com uma alta incidência de fraturas, pode-se reduzir os riscos através do consumo adequado de cálcio e vitamina D.

Saúde oral

Saúde oral precária – principalmente cáries, doenças periodontais, perda de dentes e câncer bucal – causam outros problemas orgânicos de saúde. Esses problemas tornam-se um ônus financeiro para indivíduos e sociedade, e podem reduzir a autoconfiança e a qualidade de vida. Alguns estudos demonstraram que uma saúde oral precária está associada à desnutrição e, portanto, ao maior risco de desenvolver várias doenças não transmissíveis. A promoção da saúde oral e programas de prevenção de cárie criados para estimular



as pessoas a manterem seus dentes naturais precisam começar ainda cedo e continuar ao longo da vida. Devido à dor e pior qualidade de vida associadas aos problemas de saúde oral são necessários serviços básicos de tratamento dental e também serviços especializados como os de prótese.

Álcool

Enquanto os idosos tendem a beber menos do que os jovens, as mudanças de metabolismo que acompanham o processo de envelhecimento aumentam a suscetibilidade dos mais velhos a doenças relacionadas ao álcool, como desnutrição e doenças do pâncreas, estômago e fígado. As pessoas idosas apresentam maior risco de lesões e quedas devido ao consumo de álcool, assim como riscos potenciais associados à mistura do álcool com medicamentos.

De acordo com uma recente revisão da literatura pela OMS, há evidências de que o álcool usado em pequenas quantidades (até uma dose por dia) pode oferecer alguma forma de proteção contra derrame e doença coronariana em indivíduos com 45 anos ou mais. Entretanto, em termos de mortalidade geral, os efeitos adversos da bebida prevalecem sobre qualquer proteção contra doença coronariana, até mesmo em populações de alto risco (Jernigam e cols., 2000).

Medicamentos

Como as pessoas idosas freqüentemente têm problemas crônicos, necessitam utilizar mais medicamentos – tradicionais, adquiridos sem receita médica e receitados – que pessoas mais jovens. Na maioria dos países, os idosos de baixa renda têm pouco ou nenhum acesso a subsídios para medicamentos. Assim, muitos deixam de

comprar ou gastam uma grande parte do rendimento já escasso em remédios.

Em contrapartida, os medicamentos são às vezes prescritos em demasia aos idosos (especialmente às mulheres) que possuem seguros ou meios de pagar pelos remédios. Reações adversas e quedas associadas ao uso de medicamentos (especialmente para dormir e tranqüilizantes) são razões fortes de sofrimento pessoal e internações hospitalares caras e evitáveis (Gurwitz & Avon, 1991).

Iatrogenia

Problemas de saúde induzidos por diagnósticos ou tratamentos e causados pelo uso de remédios são comuns na 3ª idade, devido à interação medicamentosa, dosagens inadequadas e maior freqüência de reações imprevisíveis através de mecanismos desconhecidos. Com o advento de muitas terapias novas, há uma maior necessidade de se estabelecer sistemas para prevenir reações medicamentosas adversas e informar tanto profissionais da saúde quanto o público idoso sobre os riscos e benefícios das terapias modernas.

Adesão

O acesso a medicamentos necessários é insuficiente por si só, a não ser que seja grande a adesão a tratamentos de longo prazo para doenças crônicas relacionadas ao envelhecimento. A adesão inclui a adoção e manutenção de vários tipos de comportamentos (por exemplo, dieta saudável, atividade física, abstinência do fumo), assim como o consumo de medicamentos de acordo com a orientação de um profissional da saúde. Estima-se que, em países desenvolvidos, a adesão a terapias de longo prazo seja apenas 50%, em média. Em países em desenvolvimento, as



taxas são ainda menores, o que compromete gravemente a eficiência dos tratamentos e traz implicações importantes na qualidade de vida e na economia para a saúde pública. Só se conseguirá atingir os resultados sobre a saúde da população previstos por dados sobre a eficácia de tratamentos, se as informações sobre adesão forem fornecidas a todos os profissionais e planejadores da saúde. Sem um sistema que enfoque as influências sobre adesão, os avanços na tecnologia biomédica não irão utilizar seu potencial para reduzir a carga das doenças crônicas (Dipollina & Sabate, 2002).

Fatores determinantes relacionados a aspectos pessoais

Biologia e Genética

A biologia e a genética têm uma grande influência sobre o processo de envelhecimento. O envelhecimento representa um conjunto de processos geneticamente determinados, e pode ser definido como uma deterioração funcional progressiva e generalizada, resultando em uma perda de resposta adaptativa às situações de estresse e um aumento no risco de doenças relacionadas à velhice (Kirkwood, 1996). Em outras palavras, a razão principal dos idosos ficarem doentes com mais frequência do que os jovens é que devido à vida mais longa, foram expostos por mais tempo a fatores externos, comportamentais e ambientais que causam doenças do que os indivíduos mais novos (Gray, 1996).

Os genes podem estar envolvidos na etiologia de doenças; entretanto a causa de muitas é mais ambiental e externa do que genética e interna.

Destacam-se também as evidências de que, em populações humanas, a longevidade tende a ocorrer em famílias. Porém, considerando-se todas as evidências, há um consenso geral de que a trajetória de saúde e doença de um indivíduo por toda a vida é o resultado de uma combinação genética, ambiental, de estilo de vida, nutrição, e em grande parte, de sorte (Kirkwood, 1996).

Portanto, a influência da genética no desenvolvimento de problemas crônicos, como diabete, doença cardíaca, mal de Alzheimer e certos tipos de câncer, varia bastante entre os indivíduos. Para muitos indivíduos, comportamentos como não fumar, capacidade de enfrentar problemas e uma rede de amigos e parentes próximos pode modificar efetivamente a influência da hereditariedade no declínio funcional e no aparecimento da doença.

Fatores psicológicos

Os fatores psicológicos, que incluem a inteligência e capacidade cognitiva (por exemplo, a capacidade de resolver problemas e de se adaptar a mudanças e perdas), são indícios fortes de envelhecimento ativo e longevidade (Smits e cols., 1999). Durante o processo de envelhecimento normal, algumas capacidades cognitivas (inclusive a rapidez de aprendizagem e memória) diminuem, naturalmente, com a idade. Entretanto, essas perdas podem ser compensadas por ganhos em sabedoria, conhecimento e experiência. Frequentemente, o declínio no funcionamento cognitivo é provocado pelo desuso (falta de prática), doenças (como depressão), fatores comportamentais (como consumo de álcool e medicamentos), fatores psicológicos (por exemplo, falta de motivação, de confiança e baixas expectativas), e fatores sociais (como a



solidão e o isolamento), mais do que o envelhecimento em si.

Outros fatores psicológicos que são adquiridos ao longo do curso da vida têm uma grande influência no modo como as pessoas envelhecem. A auto-eficiência (a crença na capacidade de exercer controle sobre sua própria vida) está relacionada às escolhas pessoais de comportamento durante o processo de envelhecimento e à preparação para a aposentadoria. Saber superar adversidades determina o nível de adaptação a mudanças (como a aposentadoria) e a crises do processo de envelhecimento (a privação e o surgimento de doenças). Homens e mulheres que se preparam para a velhice e se adaptam a mudanças fazem um melhor ajuste em sua vida depois dos 60 anos. A maioria das pessoas fica bem humorada à medida que envelhece e, em geral, os idosos não diferem muito dos jovens no que se refere à capacidade de solucionar problemas.

Fatores determinantes relacionados ao ambiente físico

Ambientes físicos adequados à idade podem representar a diferença entre a independência e a dependência para todos os indivíduos, mas especialmente para aqueles em processo de envelhecimento. Por exemplo, pessoas idosas que moram em ambientes ou áreas de risco com múltiplas barreiras físicas saem, provavelmente, com menos frequência, e, por isto, estão mais propensas ao isolamento, depressão, menor preparo físico e mais problemas de mobilidade.

Deve-se dar uma atenção especial aos idosos que moram em áreas rurais (cerca de 60% no mundo todo), onde os tipos de doença podem ser diferentes em função das condições do ambiente e da falta de serviço de ajuda disponível. A urbanização e a migração dos jovens em busca de emprego pode deixar os idosos isolados em áreas rurais com poucos meios de se manter, e pouco ou nenhum acesso a serviços sociais e de saúde.

Serviços de transporte público acessíveis e baratos são necessários em áreas rurais e urbanas, de modo que pessoas de todas as idades possam participar integralmente na vida da família e da comunidade. Isso é especialmente importante para os idosos com problemas de mobilidade.

Os perigos no ambiente físico podem causar lesões incapacitantes e dolorosas nos idosos, e as mais freqüentes são decorrentes de quedas, incêndios e batidas de automóveis.

Moradia segura

Moradia e vizinhança seguras e apropriadas são essenciais para o bem estar do jovem e do idoso. Para este, a localização, incluindo a proximidade de membros da família, serviços e transporte pode significar a diferença entre uma interação social positiva e o isolamento. Os padrões de construção devem levar em conta as necessidades de saúde e de segurança das pessoas idosas, como os obstáculos nas residências que aumentam o risco de quedas precisam ser corrigidos ou removidos.

Em todo o mundo há uma tendência maior de que os idosos vivam sozinhos – especialmente mulheres livres mais velhas, a maioria viúvas e pobres, até



mesmo em países desenvolvidos. Outros podem ser forçados a viver em lugares que não são os de sua escolha, como com parentes, e em lares já cheios. Em muitos países em desenvolvimento, a proporção de idosos vivendo em cortiços e favelas está aumentando rapidamente, pois muitos que se mudaram para as cidades há tempos tornaram-se moradores de favelas, enquanto outras pessoas idosas migram para as cidades a fim de se unir a membros mais jovens da família que mudaram antes. As pessoas idosas que vivem nesses lugares correm um risco maior de isolamento social e saúde precária.

Em tempos de crises e conflitos, os idosos desalojados são particularmente vulneráveis e, em geral, não conseguem caminhar até os campos de refugiados. Mesmo quando conseguem, pode ser difícil obter abrigo e comida, especialmente as mulheres idosas e aqueles com deficiências, com baixo nível social e que enfrentam inúmeras outras barreiras.

Quedas

A queda de pessoas idosas é uma causa crescente de lesões, custos de tratamento e morte. Os obstáculos dos ambientes que aumentam os riscos de queda incluem pouca iluminação, pisos irregulares ou escorregadios e a falta de corrimão para apoio. Estas quedas ocorrem frequentemente no ambiente da casa e podem ser evitadas.

As conseqüências das lesões sofridas em uma idade mais avançada são mais graves do que entre pessoas mais jovens. Para lesões da mesma gravidade, os idosos

experimentam mais incapacidade, período de internação mais longo, extensos períodos de reabilitação, maior risco de dependência posterior e de morte.

Pode-se prevenir a grande maioria das lesões; entretanto, a percepção tradicional de que sejam “acidentes”, resultou em uma negligência histórica nessa área da saúde pública.

Água limpa, ar puro e alimentos seguros

Água limpa, ar limpo e acesso à alimentação segura são particularmente importantes para a maioria dos grupos populacionais vulneráveis, ou seja, crianças, idosos e aqueles com doença crônica e sistema imunológico comprometido.

Fatores determinantes relacionados ao ambiente social

Apoio social, oportunidades de educação e aprendizagem permanente, paz, e proteção contra a violência e maus-tratos são fatores essenciais do ambiente social que estimulam a saúde, participação e segurança, à medida que as pessoas envelhecem. Solidão, isolamento social, analfabetismo e falta de educação, maus-tratos e exposição a situações de conflito aumentam muito os riscos de deficiências e morte precoce.

Apoio social

O apoio social inadequado está associado não apenas a um aumento em mortalidade, morbidade e problemas psicológicos, mas também a uma diminuição na saúde e bem-estar em geral. O rompimento de laços pessoais, solidão e interações conflituosas



são as maiores fontes de estresse, enquanto relações sociais animadoras e próximas são fontes vitais de força emocional (Gironde & Lubben, no prelo). No Japão, por exemplo, as pessoas idosas que informaram uma falta de contato social tinham 1,5 mais chances de morrer nos três anos seguintes do que aqueles que tinham um apoio social maior (Sugiswawa e cols., 1994).

As pessoas idosas apresentam maior probabilidade de perder parentes e amigos, de ser mais vulneráveis à solidão, isolamento social e de ter um “menor grupo social”. O isolamento social e a solidão na velhice estão ligados a um declínio de saúde tanto física como mental. Em muitas sociedades, homens têm menos chance do que as mulheres de obter redes de apoio social. Entretanto, em algumas culturas, as mulheres idosas que ficam viúvas são sistematicamente excluídas da sociedade ou até rejeitadas por sua comunidade.

As autoridades, organizações não governamentais, indústrias privadas e os profissionais de serviço social e de saúde podem ajudar a promover redes de contatos sociais para as pessoas idosas a partir de sociedades de apoio tradicionais e grupos comunitários liderados pelos idosos, trabalho voluntário, ajuda da vizinhança, monitoramento e visitas em parceria, cuidadores familiares, programas que promovam a interação entre as gerações, e serviços comunitários.

Violência e maus-tratos contra o idoso

Os idosos frágeis ou que vivam sozinhos podem se sentir particularmente vulneráveis a crimes como furto ou agressão. Uma forma bastante comum de violência (especialmente contra mulheres)

é o abuso do idoso, cometido por membros da família ou acompanhantes formais bem conhecidos da vítima. Os maus tratos contra idosos ocorrem em famílias de todos os níveis econômicos. Sua escalada aumenta com mais frequência em sociedades que experimentam problemas econômicos e desorganização social quando a taxa de crime e exploração tende a crescer.

De acordo com a Rede Internacional para a Prevenção do Abuso ao Idoso, este abuso é “um ato único ou repetido, ou a falta de uma ação apropriada, que ocorre no âmbito de qualquer relacionamento onde haja uma expectativa de confiança, que cause dano ou angústia a uma pessoa mais velha”. (Action on Elder Abuse - 1995 [Ação para o Abuso de Idosos])

Os maus tratos contra idosos incluem tanto o abuso físico, sexual, psicológico e financeiro, quanto a negligência. Os próprios idosos percebem o abuso como os seguintes fatores sociais: negligência (exclusão social e abandono), violação (dos direitos humanos, legais e médicos) e privação (de escolhas, decisões, status, dinheiro e respeito) (OMS/ INPEA 2002). O abuso ao idoso é uma violação dos direitos humanos e uma causa relevante de lesões, doenças, perda de produtividade, isolamento e desespero. Em geral, em todas as culturas, é pouco denunciado.

Combater e reduzir os maus tratos contra idosos demanda uma abordagem multisetorial, multidisciplinar, que envolve oficiais de justiça, funcionários do poder executivo, trabalhadores do serviço social e de saúde, líderes trabalhistas, líderes espirituais, instituições religiosas, organismos de defesa e os próprios



idosos. Também são necessários esforços sustentados para aumentar a consciência pública sobre estes problemas e para mudar valores que perpetuem desigualdades entre gêneros e atitudes preconceituosas.

Educação e alfabetização

Os baixos níveis de instrução e o analfabetismo estão associados a maiores riscos de deficiência e morte durante o processo de envelhecimento, assim como os altos índices de desemprego. A educação em idade mais jovem, combinada com oportunidades de aprendizado permanente, pode ajudar as pessoas a desenvolverem as habilidades e a confiança que precisam para se adaptar e permanecer independentes à medida que envelhecem.

Alguns estudos demonstraram que problemas de emprego entre trabalhadores mais velhos são, em geral, causados por sua pouca alfabetização, e não pelo envelhecimento em si. Se quisermos que os indivíduos mantenham-se envolvidos em atividades físicas relevantes e produtivas enquanto envelhecem, há a necessidade de um treinamento contínuo no ambiente de trabalho e de oportunidades de aprendizado permanente na comunidade (OCDE, 1998).

Como os mais jovens, os cidadãos mais velhos necessitam de treinamento em novas tecnologias, especialmente na agricultura e comunicação eletrônica. O aprendizado individual, mais prática e ajustes físicos (como o uso de caracteres impressos maiores) podem compensar a diminuição na acuidade visual, na audição e na memória de curto prazo. Os idosos podem e devem permanecer criativos e flexíveis. O aprendizado entre gerações preenche a lacuna entre as diferenças de idade,

melhora a transmissão de valores culturais e promove o valor de todas as idades. Alguns estudos demonstraram que jovens que aprendem com idosos possuem atitudes mais positivas e realistas quanto à geração mais velha.

Infelizmente, ainda há disparidades marcantes nas taxas de alfabetização entre homens e mulheres. Em 1995, nos países menos desenvolvidos, 31% das mulheres adultas eram analfabetas, em comparação a 20% dos homens adultos (OMS, 1998a).

Fatores econômicos determinantes

Três aspectos do ambiente econômico têm um efeito particularmente relevante sobre o envelhecimento ativo: a renda, o trabalho, e a proteção social.

Renda

As políticas de envelhecimento ativo precisam se cruzar com projetos mais amplos para reduzir a pobreza em todas as idades. Os pobres de todas as idades apresentam um risco maior de doenças e deficiências e os idosos estão particularmente vulneráveis. Muitos idosos, especialmente as mulheres, vivem sozinhos ou em áreas rurais sem renda certa ou suficiente. Estes fatores afetam seriamente seu acesso a alimentos nutritivos, moradia adequada e cuidados de saúde. Na verdade, alguns estudos demonstraram que idosos com baixa renda têm uma chance de cerca de 30% de apresentar altos níveis funcionais se comparados àqueles que possuem uma renda alta (Guralnick e Kaplan, 1989).



Os mais vulneráveis são homens e mulheres idosos que não possuem bens, pouca ou nenhuma poupança, nenhuma pensão ou pagamento de seguro social, ou que façam parte de famílias com renda baixa ou incerta. Os que não possuem filhos ou parentes freqüentemente enfrentam um futuro incerto e correm um risco maior de falta de moradia, abandono e pobreza.

Proteção social

Em todo o mundo, as famílias providenciam a maior parte do auxílio para idosos que precisam de ajuda. Contudo, à medida que as sociedades se desenvolvem e a tradição de convivência entre as gerações no mesmo ambiente começa a mudar, os países são cada vez mais chamados a desenvolverem mecanismos que dêem proteção social a idosos incapazes de ganhar a vida e que estejam sozinhos e vulneráveis. Nos países em desenvolvimento, os idosos que precisam de assistência tendem a confiar na ajuda da família, em transferências de serviços informais e em economias pessoais. Há pouquíssimos programas de serviço social nesses locais e, em alguns casos, redistribui-se a renda para minorias da população menos carentes. Entretanto, em países como a África do Sul e a Namíbia, que possuem uma pensão nacional para a velhice, esses benefícios são a maior fonte de renda de muitas famílias pobres, assim como de adultos mais velhos que vivem nessas famílias. O dinheiro oriundo dessas pequenas pensões é usado para comprar alimentos para o lar, enviar as crianças para a escola, investir em tecnologias agrícolas e garantir a sobrevivência de muitas famílias pobres da cidade.

Nos países desenvolvidos, as medidas de seguridade social podem incluir pensão

para a velhice, aposentadoria por motivos ocupacionais, incentivos para a poupança voluntária, fundos compulsórios de poupança e programas de seguro para deficiências, doenças, tratamentos a longo prazo e desemprego. Recentemente, as reformas políticas favoreceram uma abordagem com vários fundamentos, que mistura apoio estatal e privado na segurança para a velhice e encoraja o trabalho por mais tempo e a aposentadoria gradual.

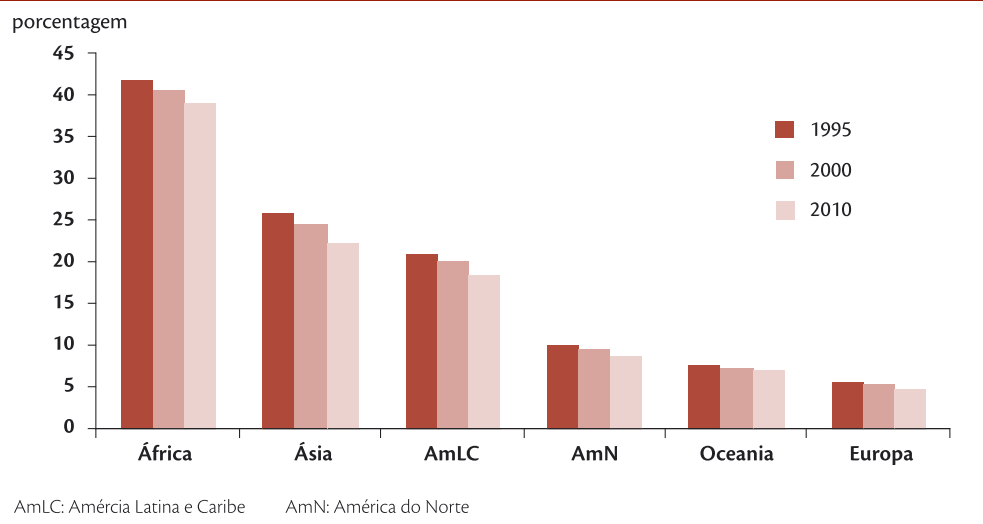
Trabalho

Em todo o mundo, se mais pessoas pudessem ter, o quanto antes em sua vida, oportunidades de trabalho digno (com remuneração adequada, em ambientes apropriados, e protegidos contra riscos), iriam chegar à velhice ainda capazes de participar da força de trabalho. Assim, toda a sociedade se beneficiaria. Em todas as partes do mundo, há um aumento do reconhecimento da necessidade de se apoiar a contribuição ativa e produtiva que idosos podem dar e fazem no trabalho formal, informal, nas atividades não-remuneradas em casa e em ocupações voluntárias.

Nos países desenvolvidos, o ganho potencial do incentivo para as pessoas mais velhas trabalharem mais tempo não está sendo bem entendido. Mas quando o índice de desemprego está alto, há freqüentemente uma tendência a reduzir o número de trabalhadores mais velhos como meio de se criar empregos para os jovens. Contudo, a experiência mostrou que a aposentadoria antecipada usada para dar espaço a novos empregos para os desempregados não foi uma solução eficaz (OCDE, 1998).



figura 9. Porcentagem de participação na força de trabalho por indivíduos com 65 anos ou mais, por região



Fonte: Organização Internacional do Trabalho (OIT), 2000.

Nos países menos desenvolvidos, os idosos tendem a se manter economicamente ativos na velhice pela necessidade (Figura 9). No entanto, industrialização, adoção de novas tecnologias e mobilidade do mercado de trabalho estão ameaçando muito do trabalho tradicional dos idosos, especialmente nas áreas rurais. Os projetos de desenvolvimento precisam garantir que idosos sejam qualificados para esquemas de crédito e plena participação nas oportunidades de geração de renda.

O enfoque apenas no mercado de trabalho formal tende a ignorar a valiosa contribuição que os idosos dão ao setor informal (por exemplo, menor escala, atividades autônomas e serviço doméstico) e ao trabalho não-remunerado em casa.

Tanto nos países em desenvolvimento quanto nos desenvolvidos, os idosos algumas vezes responsabilizam-se pela administração do lar e pelo cuidado com crianças, de forma que os adultos jovens possam trabalhar fora de casa.

Em todos os países, os idosos qualificados e experientes atuam como voluntários em escolas, comunidades, instituições religiosas, negócios e organizações políticas e de saúde. O trabalho voluntário beneficia os idosos ao aumentar os contatos sociais e o bem-estar psicológico e, ao mesmo tempo, oferece uma relevante contribuição para as comunidades e nações.



4. Desafios de uma população em processo de envelhecimento

Os desafios de uma população em processo de envelhecimento são globais, nacionais e locais. Superar esses desafios requer um planejamento inovador e reformas políticas substanciais tanto em países desenvolvidos como em países em transição. Os países em desenvolvimento enfrentam os maiores desafios, e a maioria deles ainda não possui políticas abrangentes para o envelhecimento.

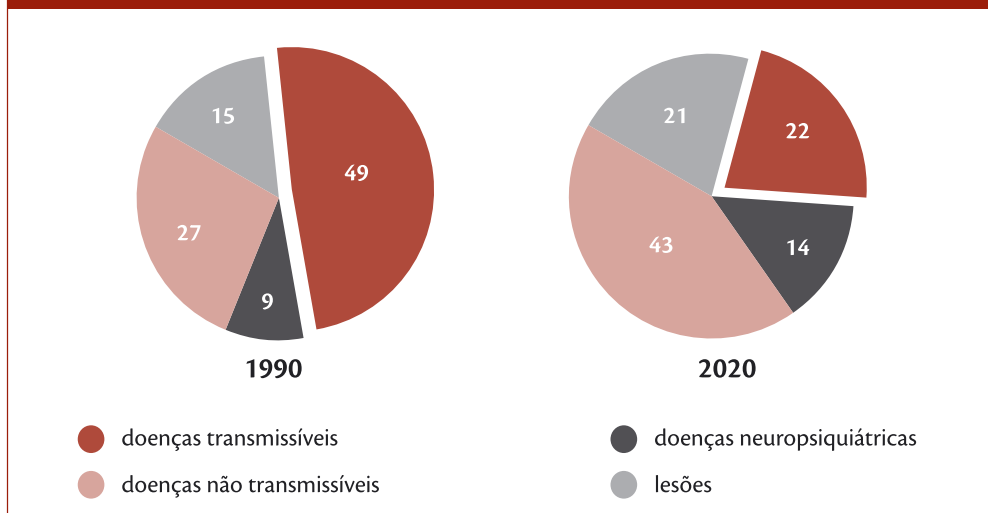
1º desafio: A carga dupla de doenças

À medida que as nações se industrializam, mudanças nos padrões de vida e trabalho são inevitavelmente acompanhadas por uma transformação nos padrões das doenças. Essas transformações apresentam maior impacto nos países em desenvolvimento. Ainda lutando contra doenças infecciosas, desnutrição

e complicações puerperais, esses países enfrentam um rápido crescimento das doenças não transmissíveis (DNTs). Esta “carga dupla de doenças” reduz os recursos já escassos ao seu limite.

Esta mudança no padrão de doenças transmissíveis para as não transmissíveis está ocorrendo rapidamente na maioria dos países desenvolvidos, onde as doenças crônicas, como cardiopatias, câncer e depressão estão cada vez mais se tornando as principais causas de morte e invalidez. Esta tendência irá crescer nas próximas décadas. Em 1990, 51% da carga global de doença em países em desenvolvimento e recentemente industrializados era representada por doenças não transmissíveis, doenças mentais e lesões. Em 2020, a carga dessas doenças irá aumentar para aproximadamente 78% (ver figura 10).

figura 10. Carga global de doença e contribuição por grupo de doenças, em 1990 e em 2020, em países em desenvolvimento e os recentemente industrializados



Fonte: Murray, C & Lopez, A. (1996).

Em 2020, mais de 70% da carga global de doença em países em desenvolvimento e em países recentemente industrializados será causada por doenças não transmissíveis, doenças mentais e lesões

Não há dúvida alguma de que os governantes e doadores devem continuar a aplicar recursos no controle e erradicação de doenças infecciosas; porém, é essencial implementar políticas, programas e parcerias intersetoriais que possam ajudar a deter a expansão em massa de doenças não-transmissíveis crônicas. As políticas não são necessariamente fáceis de implementar, mas aquelas que abordam o desenvolvimento de comunidades, a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a participação crescente são freqüentemente as mais eficazes para controlar a carga de doença. Além disto, outras políticas de longo prazo voltadas para desnutrição e pobreza irão ajudar a reduzir as duas formas de doença crônica transmissíveis e não-transmissíveis.

Há uma necessidade urgente de apoio a pesquisa neste campo em países menos desenvolvidos. Atualmente, os países de baixa e média renda representam 85% da população mundial e 92% da carga de doença, mas contribuem com apenas 10% dos gastos mundiais em pesquisas na área de saúde. (OMS, 2000)

2º desafio: O maior risco de deficiência

Nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, as doenças crônicas são causas importantes e dispendiosas de deficiência e pior qualidade de vida. A independência de pessoas mais velhas é ameaçada quando deficiências físicas ou mentais dificultam a execução de atividades cotidianas.

Com o passar dos anos, os portadores de deficiências tendem a encontrar mais obstáculos relacionados ao processo de envelhecimento. Por exemplo, os problemas

de mobilidade devido a poliomielite na infância podem ser agravados de forma significativa em uma fase mais posterior. Atualmente muitos jovens portadores de deficiências intelectuais sobrevivem até idades muito mais elevadas e até sobrevivem seus pais, e esse grupo especial requer maior atenção dos governantes.

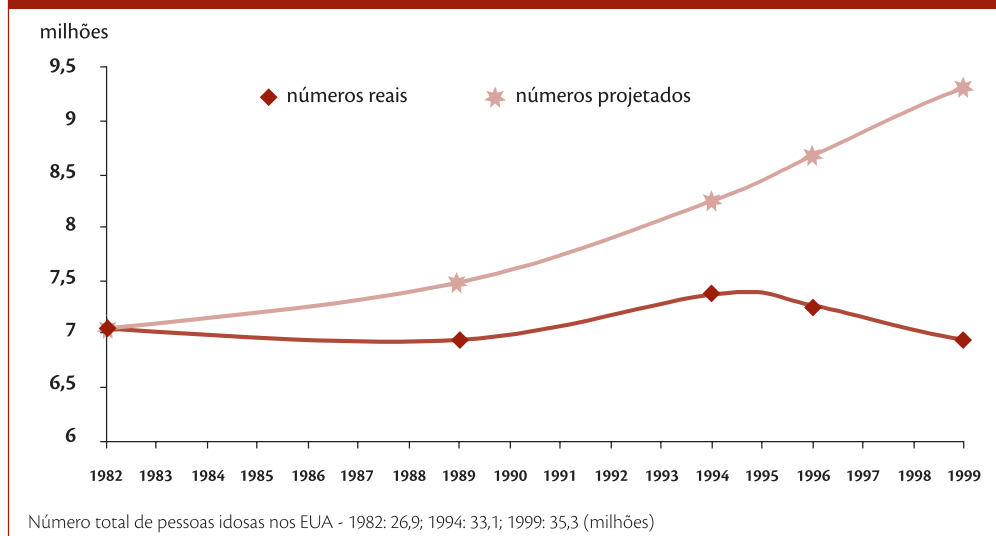
» HIV/AIDS e os idosos

Na África e em outros países em desenvolvimento, a AIDS/HIV teve múltiplos impactos sobre os idosos como portadores do vírus, cuidadores de pacientes infectados e assumindo o papel de pais de órfãos que perderem os pais devido a essa doença. Esse impacto foi extremamente ignorado até o momento. Na realidade, a maior parte dos dados sobre as taxas de infecção por HIV foram compilados até a idade de 49 anos. É preciso fazer com urgência uma coleta de dados aprimorada (sem limites de idade) que nos ajude a entender melhor o impacto da AIDS / HIV nos idosos. As atividades de informação, educação e prevenção sobre AIDS / HIV, bem como serviços de tratamento, devem considerar todas as idades.

Diversos estudos demonstraram que a maior parte dos adultos e crianças com AIDS deixa o hospital para morrer em casa. As viúvas, mães, tias, irmãs, cunhadas e avós assumem o cuidado dos pacientes e, em vários casos, essas mesmas mulheres tornam-se responsáveis por eventuais órfãos. Organizações governamentais e não governamentais e a indústria privada precisam suprir as necessidades financeiras, sociais e de treinamento dos idosos que se dispõem a cuidar de familiares e vizinhos infectados, bem como assumir algumas crianças sobreviventes e que também podem ser portadoras do vírus.



figura 11. Números de cidadãos americanos com deficiência crônica com 65 anos ou mais (em milhões), de 1982 e 1999, números reais e projetados



Fonte: Manton, K. & GU, X. (2001).

Diversas pessoas desenvolvem alguma deficiência mais tarde, que se relaciona ao desgaste do processo de envelhecimento (por exemplo, artrite) ou ao início de uma doença crônica, que poderia ter sido evitada (ex: câncer de pulmão, diabetes e doença vascular periférica), ou uma doença degenerativa (ex: demência). A probabilidade de sofrer sérias deficiências cognitivas e físicas aumenta dramaticamente em pessoas de idade muito avançada. É importante ressaltar que os adultos com mais de 80 anos formam o grupo que cresce de forma mais rápida em todo o mundo.

Entretanto, as doenças associadas ao processo de envelhecimento e o início de doenças crônicas podem ser prevenidos ou adiados. Para exemplificar, como já mencionado, nos últimos 20 anos houve uma queda significativa nas taxas de deficiência específicas para cada idade nos Estados Unidos (figura 11), Inglaterra, Suécia e outros países desenvolvidos.

A figura 10 mostra o declínio atual das deficiências entre americanos de idade mais avançada, entre 1982 e 1999, comparado aos números projetados se as taxas de deficiências permanecessem estáveis durante este período.

Parte deste declínio é provavelmente devido ao aumento dos níveis de instrução, melhoria dos padrões de vida e saúde em na primeira idade. A adoção de um estilo de vida positivo também é um fator. Como já abordado, optar por não fumar e aumentar discretamente a frequência de atividade física pode resultar na redução do risco de doenças cardíacas e outras doenças.

Algumas mudanças na comunidade também são importantes, tanto na prevenção de deficiências como na redução das restrições que pessoas com incapacidade geralmente enfrentam. Além disso, observou-se um progresso impressionante no tratamento a longo prazo de doenças crônicas como hipertensão e artrite, incluindo novas técnicas para diagnóstico



e tratamento precoces. Os estudos recentes enfatizaram que o aumento do uso de acessórios – desde simples acessórios pessoais, como bengala, andador e corrimão, até tecnologias desejadas por toda a população como telefones – podem reduzir a dependência entre portadores de deficiência. Nos EUA, o uso desses acessórios por pessoas idosas dependentes cresceu de 76%, em 1984, para mais de 90%, em 1999 (Cutler, 2000).

Visão e audição

Outras deficiências relacionadas à idade incluem perda de visão e audição. Em todo o mundo, há atualmente 180 milhões de pessoas com deficiência visual e 45 milhões são cegas. Muitos desses são idosos, já que o comprometimento visual e a cegueira aumentam drasticamente com a idade. Ao todo, aproximadamente 4% das pessoas com 60 anos ou mais são cegas, e 60% delas vivem na África Subsaariana, China e Índia. As mais frequentes causas de cegueira e deficiência visual relacionadas à idade incluem catarata (quase 50% de todos os tipos de cegueira), glaucoma, degeneração macular e retinopatia diabética (OMS, 1997).

Há uma necessidade urgente de políticas e programas criados para evitar comprometimento visual e para aumentar a quantidade de serviços apropriados de oftalmologia, particularmente nos países em desenvolvimento. Em todos os países, as lentes corretivas e a cirurgia de catarata deveriam ser acessíveis e baratas para pessoas idosas que necessitem delas.

A perda auditiva leva a uma das deficiências mais difundidas, especialmente entre pessoas idosas. Estima-se que mais de 50% das pessoas de 65 anos ou mais, em todo o mundo, apresentam algum grau de perda de

audição (OMS, 2002 a). Essa perda pode causar dificuldades de comunicação, o que por sua vez pode levar à frustração, baixa auto-estima, reclusão e isolamento social (Pal, 1974, Wilson, 1999).

As políticas e programas precisam se estabelecidos para reduzir e, eventualmente, eliminar deficiências auditivas que podem ser evitadas e ajudar as pessoas com perda de audição a obter aparelhos auditivos. A perda auditiva pode ser prevenida ao se evitar a exposição excessiva ao barulho, o uso de drogas potencialmente prejudiciais e pelo tratamento precoce de doenças que podem levar à perda, tais como infecções no ouvido médio, diabetes e, possivelmente, hipertensão. A perda auditiva pode ser tratada algumas vezes, especialmente se a causa estiver no canal auditivo ou ouvido médio. Porém a deficiência é, em geral, diminuída através da ampliação de sons com o uso de um aparelho auditivo.

Um ambiente capacitador

Como as populações do mundo todo vivem por mais tempo, há uma necessidade premente de políticas e programas que ajudem a prevenir e reduzir a carga de deficiências na velhice tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento. Uma forma de avaliar a tomada de decisões nesta área é pensar na capacitação em vez incapacidade. Os processos incapacitantes aumentam as necessidades das pessoas idosas e levam ao isolamento social e à dependência. Já os processos capacitadores recuperam a função e aumentam a participação dos idosos em todas as atividades da sociedade.

Vários setores podem colocar em vigor políticas “amigas da idade” que previnem incapacidades e capacitam os portadores de



deficiência a participar da vida comunitária de forma completa. A seguir temos alguns exemplos de programas, ambientes e políticas de capacitação, em diversos setores:

- ♦ locais de trabalho sem obstáculos, com horário de trabalho flexível, locais de trabalho modificados e turnos de meio período para portadores de deficiências relacionadas à idade, ou para aqueles que precisam cuidar de pessoas deficientes (indústria privada e empregadores);
- ♦ ruas bem iluminadas para caminhadas seguras, banheiros públicos acessíveis e semáforos com mais tempo para os pedestres atravessarem (governos locais);
- ♦ programas de exercícios que ajudam as pessoas idosas a manter sua mobilidade ou a recuperar a força nas pernas que precisam para se locomover (serviços de lazer e organizações não governamentais);
- ♦ programas permanentes de aprendizagem e alfabetização (setor educacional e organizações não governamentais);
- ♦ aparelhos auditivos ou ensino da linguagem de sinais que capacitam os idosos com problemas de audição para continuar se comunicando com os outros (serviço social e organizações não governamentais);
- ♦ livre-acesso a postos de saúde, programas de reabilitação e procedimentos custo-eficazes, como cirurgia de catarata e prótese de quadril (setor saúde);
- ♦ esquemas de crédito e acesso a pequenos negócios e oportunidades de desenvolvimento para que as pessoas mais

velhas possam continuar a ter uma renda (governos e agências internacionais);

A mudança de atitude dos provedores de serviço social e de saúde é primordial para assegurar que suas práticas capacitem os indivíduos a permanecerem autônomos e independentes pelo período mais longo possível. Os cuidadores profissionais precisam respeitar a dignidade dos idosos o tempo todo e ter cautela para evitar intervenções prematuras que possam, ainda que involuntariamente, resultar em perda de independência.

Pesquisadores precisam definir melhor e padronizar as ferramentas usadas para avaliar as habilidades e deficiências e fornecer aos governantes evidências adicionais nos processos-chave de capacitação em diversas áreas, além de medicina e saúde. É necessário dar atenção especial às diferenças de gênero nessas análises.

3º desafio: Provisão de cuidado para populações em processo de envelhecimento

À medida que as populações envelhecem, um dos maiores desafios da política de saúde é alcançar um equilíbrio entre o apoio ao “autocuidado” (pessoas que cuidam de si mesmas), apoio informal (cuidado por familiares e amigos) e cuidado formal (serviço social e de saúde). Os cuidados formais incluem cuidados de saúde primários (prestados principalmente na comunidade) e cuidados institucionais (em hospitais ou casas de repouso). Está claro que uma boa parte dos cuidados que os indivíduos necessitam pode ser proporcionada por eles mesmos ou pelos cuidadores informais, e a maioria dos



países aplica seus recursos financeiros de uma forma inversa, ou seja, a maior parcela das despesas é utilizada com cuidados institucionais.

Em todo o mundo, os familiares, amigos e vizinhos (a maioria composta por mulheres) dão mais apoio e assistência para os mais velhos que necessitam de cuidados. Alguns legisladores temem que se propiciarem mais cuidado formal, as famílias se envolvam menos, mas alguns estudos demonstraram que não é bem assim. Quando há provisão de cuidados formais adequados, a assistência informal permanece como o principal aliado (OMS 2000c). Entretanto, existe uma certa preocupação com as tendências demográficas recentes em diversos países, que indicam um aumento na porcentagem de mulheres sem filhos, mudanças nos padrões de divórcio e casamento, e o número, de maneira geral, muito menor de filhos de futuros idosos; tudo isso contribui para uma diminuição da rede de apoio da família (Wolf, 2001).

O cuidado formal, através do serviço social e de saúde, precisa ser igualmente acessível a todos. Em vários países, os idosos pobres e que vivem em áreas rurais têm pouco ou nenhum acesso aos serviços de saúde. Em muitas regiões, a redução do apoio público para atenção primária em saúde levou a maior pressão para as pessoas mais velhas e suas famílias, em termos financeiros e de relação entre as gerações.

A maioria das pessoas idosas que necessitam de cuidados prefere ser atendida em sua própria casa. Os cuidadores (em geral pessoas também idosas), entretanto, devem ser amparados para continuar a ajudar e não adoecerem. Acima de tudo,

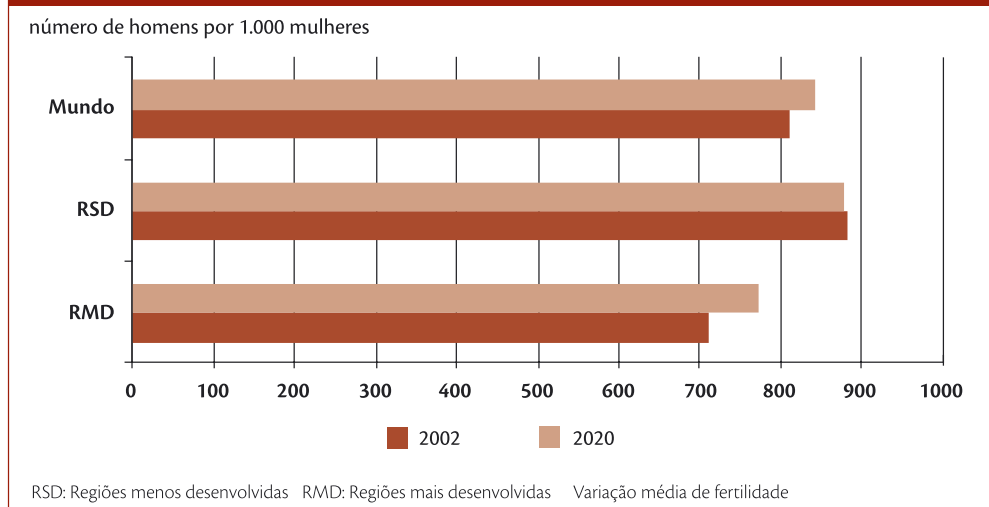
eles precisam estar bem informados sobre as condições que têm de enfrentar, a evolução provável da situação, e como obter serviços de apoio disponíveis. Os visitantes domiciliares, os programas de cuidado domiciliar (home care) e de apoio aos pares, os serviços de reabilitação, a provisão de equipamentos de auxílio (de recursos básicos, como aparelhos auditivos, até os mais sofisticados, como sistema de alarme eletrônico), hospital-dia são serviços importantes que capacitam os cuidadores informais para continuar a auxiliar os indivíduos necessitados, independente de sua idade. Outras formas de suporte incluem treinamento, algum tipo de seguro (ex: cobertura de seguro social e pensões), ajustes domésticos que permitem às famílias cuidar de pessoas incapacitadas, e pagamentos para ajudar a cobrir os custos com cuidados especiais.

Como a proporção de idosos aumenta em todos os países, viver em casa até uma idade mais avançada e com a ajuda de familiares irá se tornar cada vez mais comum. O cuidado domiciliar e os serviços comunitários para ajudar os cuidadores precisam estar disponíveis para todos, e não apenas para aqueles que conhecem esses serviços ou podem pagar por eles.

Os cuidadores profissionais também necessitam de treinamento e prática sobre modelos capacitadores de assistência, que reconhecem as qualidades dos idosos e os estimule a manter atitudes independentes, ainda que pequenas, mesmo quando doentes ou frágeis. As atitudes paternalistas ou desrespeitosas dos profissionais podem ter um efeito devastador na auto-estima e independência de pessoas idosas que requerem seus serviços.



figura 12. Proporção de homens e mulheres por regiões do mundo, com 60 anos ou mais, em 2002 e 2020



Fonte: ONU, 2001.

A porcentagem de homens e mulheres em populações com 60 anos ou mais reflete uma maior proporção de mulheres em todas as regiões do mundo, especialmente nas regiões mais desenvolvidas.

As informações e instruções sobre o envelhecimento ativo precisam ser incorporados ao currículo e aos programas de treinamento para todos os trabalhadores das áreas sociais, de saúde, de recreação, planejamento urbano e arquitetura. Os princípios e abordagens básicos no cuidado de idosos devem ser obrigatórios no treinamento de todos os estudantes de medicina e enfermagem, bem como de outros profissionais da área de saúde.

4º desafio: A feminização do envelhecimento

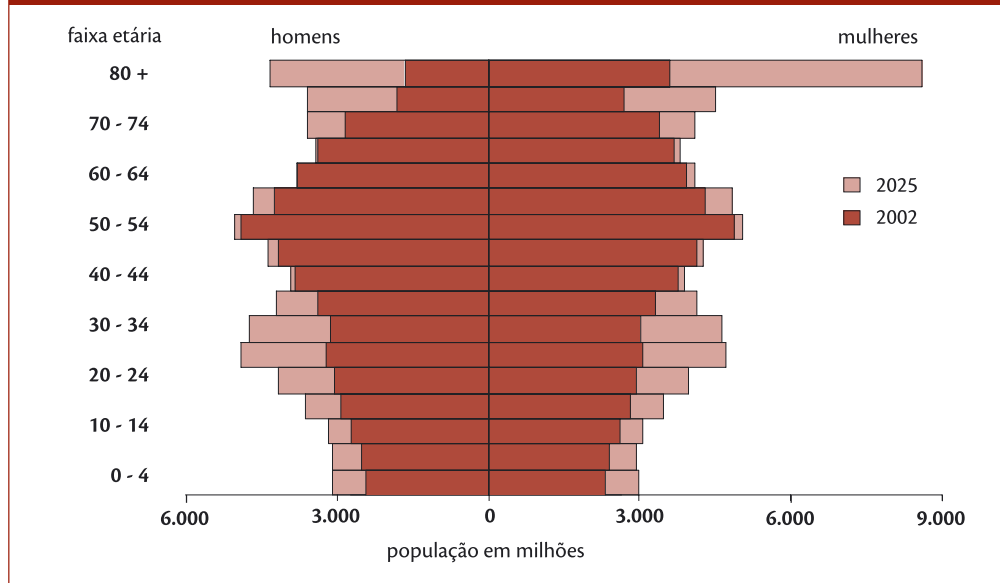
As mulheres vivem mais do que os homens em quase todos os lugares. Este fato reflete-se na maior taxa de mulheres por homens em grupos etários mais velhos. Por exemplo, na Europa, em 2002, havia 678 homens para cada 1.000 mulheres com 60 anos ou mais. Em regiões menos desenvolvidas, havia 879 homens para cada 1.000 mulheres (ver figura 12). As mulheres

correspondem aproximadamente a dois-terços da população acima de 75 anos em países como Brasil e África do Sul. As mulheres têm a vantagem da longevidade, mas são vítimas mais freqüentes da violência doméstica e de discriminação no acesso à educação, salário, alimentação, trabalho significativo, assistência à saúde, heranças, medidas de seguro social e poder político. Essas desvantagens cumulativas significam que as mulheres, mais que os homens, tendem a ser mais pobres e a apresentar mais deficiência em idades mais avançadas.

Por causa de sua posição de cidadãs de segunda-classe, a saúde das mulheres mais idosas é geralmente negligenciada ou ignorada. Além disto, muitas mulheres possuem pouca ou nenhuma renda devido aos anos de trabalho não remunerado. O cuidado familiar é freqüentemente suprido em detrimento da segurança econômica e da boa saúde na idade mais avançada.



figura 13. Pirâmide populacional do Japão em 2002 e em 2025



Fonte: ONU, 2001.

Em contraste com a forma de uma pirâmide, a estrutura da população japonesa vem mudando devido ao envelhecimento da população, o que a faz ter uma forma cilíndrica. Em 2025, seu formato será semelhante ao de uma pirâmide em posição inversa, com indivíduos com 80 anos ou mais formando o maior grupo na população. A maior presença feminina na 3ª idade é evidente.

As mulheres tendem a viver mais do que os homens até idades mais avançadas, quando as deficiências e outros múltiplos problemas de saúde são mais comuns. A partir da idade de 80 anos, a média mundial é de menos de 600 homens para cada 1.000 mulheres. Nas regiões mais desenvolvidas, as mulheres de 80 anos ou mais representam mais que o dobro do número de homens (ver exemplo do Japão na figura 13).

Devido à maior expectativa de vida das mulheres e a tendência dos homens casarem com mulheres mais jovens e contraírem novo matrimônio se as esposas falecerem, o número de viúvas é significativamente maior do que o de homens nesta situação em todos os países. Por exemplo, nos países do leste europeu em fase de transição econômica, mais de 70% das mulheres com idade de 70 anos ou mais são viúvas (Botev, 1999).

As mulheres idosas que vivem sozinhas são altamente vulneráveis à pobreza e ao isolamento social. Em algumas culturas, atitudes aviltantes e destrutivas e práticas em torno dos direitos de enterro e herança podem privar as viúvas de suas propriedades e posses, sua saúde e independência e, em alguns casos, até mesmo de suas vidas.

5º desafio: Ética e iniquidades

Várias considerações éticas vêm à tona à medida que as populações envelhecem, e frequentemente se relacionam à discriminação por idade na alocação de recursos, às questões sobre a morte e a uma porção de dilemas associados a cuidados a longo prazo e direitos humanos de cidadãos pobres e portadores de deficiência. Alguns avanços científicos e a medicina moderna suscitaram várias questões éticas

tabela 4. Percentagem da população abaixo da linha de pobreza em países com população ≥ 100 milhões em 2000.

Países	População em milhões	Porcentagem com < 1 dólar por dia *	Porcentagem com < 2 dólares por dia *
China	1.275	18,5	53,7
Índia	1.008	44,2	86,2
Indonésia	212	7,7	55,3
Brasil	170	9,0	25,4
Federação Russa	145	7,1	25,1
Paquistão	141	31,0	84,7
Bangladesh	137	29,1	77,8
Nigéria	113	70,2	90,8
México	98	12,2	34,8

* ajustado para poder aquisitivo
Fonte: Banco Mundial e ONU, 2001.

relacionadas à pesquisa e manipulação genética, biotecnologia, pesquisa de células-tronco, e uso de tecnologia para prolongar a vida com o comprometimento da qualidade. Em todas as culturas, os consumidores precisam estar bem informados sobre as falsas declarações de produtos anti-envelhecimento e os programas que são ineficazes ou mesmo prejudiciais. Eles precisam de proteção contra comercialização fraudulenta e esquemas financeiros, especialmente durante o processo de envelhecimento.

As sociedades que valorizam a justiça social devem lutar para assegurar que todas as políticas e práticas sejam mantidas e para garantir os direitos de todas as pessoas, independente da idade. A defesa e os processos de tomada de decisão éticos devem constituir estratégias centrais em todos os programas, práticas, políticas e pesquisas sobre o processo de envelhecimento.

A idade avançada freqüentemente exacerba outras desigualdades pré-existentes associadas à raça, etnia ou ao gênero. As mulheres sofrem universalmente a desvantagem em termos de pobreza, porém

os homens têm uma menor expectativa de vida na maioria dos países. A exclusão e o empobrecimento das mulheres e homens mais idosos é, em geral, conseqüência das iniquidades estruturais nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. As desigualdades experimentadas na juventude em relação ao acesso à educação, emprego e saúde, bem como aquelas baseadas em questões de gênero e raça, têm uma relação crítica com a posição social e o bem-estar na terceira idade. Para as pessoas idosas e pobres, as conseqüências dessas experiências anteriores são agravadas através de outras exclusões de serviços de saúde, esquemas de crédito, atividades geradoras de renda e processos decisórios. As iniquidades quanto à atenção à saúde ocorrem quando porções de populações pequenas e comparativamente prósperas e em processo de envelhecimento, especialmente em países desenvolvidos, consomem um montante desproporcional dos recursos públicos para seus cuidados.

Em vários casos os meios para a terceira idade alcançar sua dignidade e independência, receber cuidados e participar em assuntos cívicos são muito limitados. Essas condições são ainda piores



para idosos que vivem em áreas rurais, em países em transição e em situações de conflito ou desastres.

Em todas as regiões do mundo, abundância e pobreza relativas, gênero, posse de bens, acesso ao trabalho e controle dos recursos são fatores cruciais na posição socioeconômica. Dados recentes do Banco Mundial revelam que em vários países em desenvolvimento mais da metade da população vive com uma paridade de poder de compra (PPP) equivalente a menos de dois dólares por dia (tabela 4). É de conhecimento geral que a posição socioeconômica e a saúde estão intimamente relacionados. A cada degrau acima na escala socioeconômica, as pessoas vivem mais e com melhores condições de saúde (Wilkinson, 1996). Mais recentemente, a lacuna entre ricos e pobres e as injustiças subseqüentes com relação à saúde vêm crescendo em países de todos os continentes (Lynch e cols., 2000). A não abordagem desse problema vai gerar sérias conseqüências para a economia global e para a ordem social, bem como para sociedades individualmente e as populações de todas as idades.

6º desafio: A economia de uma população em processo de envelhecimento

Os governantes temem, talvez mais que tudo, que o envelhecimento rápido da população leve a uma explosão incontrolável na área da saúde e custos com seguro social. Não há dúvida de que a população da terceira idade irá aumentar as demandas nessas áreas, e há provas de que inovação, cooperação de todos os setores, e escolha de políticas planejadas, baseadas em evidência e culturalmente apropriadas

irão capacitar os países a gerir com sucesso a economia de uma população em processo de envelhecimento.

As pesquisas em países com populações idosas demonstraram que o envelhecimento, por si só, não leva a custos incontroláveis com a saúde, por duas razões. Primeiro, de acordo com dados do OCDE, as maiores causas de altos custos com a saúde são devidas a circunstâncias não associadas com o envelhecimento demográfico de determinada população. A ineficiência na prestação de cuidados, construção de hospitais em excesso, sistemas de pagamento que estimulam longas estadias em hospitais, número excessivo de intervenções médicas e uso inadequado de tecnologias de alto custo são fatores essenciais no aumento com os gastos com saúde. Por exemplo, nos EUA e outros países da OCDE, as novas tecnologias foram, algumas vezes, rapidamente apresentadas e usadas onde outras alternativas e procedimentos menos caros já existiam e para os quais a efetividade era relativamente baixa (Jacobzone e Oxley, 2002). Parece haver argumentos consideráveis para os governantes enfocarem esses problemas e melhorarem a efetividade do sistema de saúde.

Em segundo lugar, os custos de cuidados a longo prazo podem ser administrados se as políticas e os programas abordarem a prevenção e o papel do cuidado informal. As políticas e programas de promoção da saúde que previnem doenças crônicas e diminuem o grau de incapacidade entre cidadãos idosos permitem que vivam de forma independente por mais tempo. Outro fator importante é a capacidade e a boa vontade das famílias em proporcionar atenção e amparo para os parentes mais idosos. Isto irá depender muito da taxa de



participação feminina na força de trabalho e no local de trabalho, além das políticas públicas de reconhecimento e apoio ao papel dos cuidadores.

Em vários países, o volume maior dos gastos é com a medicina curativa. A assistência a doenças crônicas leva a uma melhor qualidade de vida; no entanto, é sempre preferível preveni-las ou retardá-las ao máximo possível. Os legisladores precisam avaliar se esses resultados podem ser alcançados através de políticas que abordam os fatores determinantes mais abrangentes do envelhecimento ativo, como intervenções para evitar lesões, melhorar as dietas e atividades físicas, aumentar a alfabetização e a oferta de empregos.

Em última análise, o montante de recursos alocados para o sistema de saúde é uma escolha política e social, sem uma resposta de aplicação universal. Entretanto, a OMS sugere que é melhor realizar pré-pagamentos para o sistema de saúde o máximo possível, seja em forma de seguro, impostos ou seguro social. O princípio do “financiamento justo” assegura equidade de acesso, independente de idade, sexo ou raça e, assim, o ônus financeiro pode ser repartido de uma forma justa (OMS, 2000).

Uma segunda grande preocupação dos formuladores de políticas é a demanda que uma população idosa pode colocar nos sistemas de seguro social. Os alarmistas apontam a proporção crescente da população “dependente” que se aposentou da força de trabalho formal; porém, a idéia de que todas as pessoas acima de 60 anos são dependentes é uma premissa falsa. Várias pessoas continuam a trabalhar no mercado de trabalho formal durante a terceira idade ou escolheriam fazê-lo se tivessem oportunidade. Muitos outros

continuam a contribuir para a economia através de trabalho informal ou atividades voluntárias, troca de dinheiro entre as gerações e apoio familiar. Assim, pessoas idosas que tomam conta de seus netos permitem que os adultos jovens participem do mercado de trabalho.

Uma população idosa propicia outras vantagens para a economia em geral. Os países com redução da população em idade produtiva poderão contar com trabalhadores mais velhos experientes, e as indústrias serão capazes de atender às necessidades de seus consumidores mais velhos.

O envelhecimento global requer que os governos e o setor privado enfrentem os desafios para a segurança social e os sistemas de pensão. Uma abordagem equilibrada da provisão de proteção social e dos objetivos econômicos sugere que as sociedades dispostas a planejar podem arcar com o envelhecimento. As políticas de mercado de trabalho (como incentivos por aposentadoria precoce e práticas de aposentadoria obrigatória) têm um impacto maior na capacidade do país de prover proteção social na terceira idade do que o próprio envelhecimento demográfico. A meta deve ser assegurar padrões de vida adequados para as pessoas durante o envelhecimento e, ao mesmo tempo, reconhecer e aproveitar suas habilidades e experiências e estimular uma transferência harmônica entre as gerações.

7º desafio: A criação de um novo paradigma

A terceira idade foi tradicionalmente associada à aposentadoria, doença e dependência. As políticas e programas vinculadas a este paradigma



ultrapassado não refletem a realidade, pois, na verdade, a maioria das pessoas permanece independente na idade mais avançada. Especialmente nos países em desenvolvimento, várias pessoas acima de 60 anos continuam a participar da força de trabalho. Os indivíduos idosos são ativos no setor de trabalho informal (por exemplo, trabalho doméstico e atividades autônomas, de pequena escala) embora isto não seja reconhecido nas estatísticas do mercado de trabalho. A contribuição não remunerada das pessoas idosas em casa (tais como tomar conta de crianças ou de pessoas doentes) permite que os jovens da família tenham atividades remuneradas. Em todos os países, as atividades voluntárias dos idosos são uma importante contribuição social e econômica para a sociedade.

É o momento de termos um novo paradigma, que perceba os idosos como participantes ativos de uma sociedade com integração de idade, contribuintes ativos, e beneficiários do desenvolvimento.

Isto deve incluir o reconhecimento das contribuições dos idosos que estão doentes, frágeis e vulneráveis e a defesa dos seus direitos de atenção e segurança.

Esse paradigma presume uma abordagem que reconhece a importância das relações e do apoio entre familiares e diferentes

gerações. Além disso, enfatiza o tema “uma sociedade para todas as idades”, que foi o tema central do Ano Internacional do Idoso das Nações Unidas, em 1999.

O novo paradigma também desafia o ponto de vista tradicional de que aprender é função apenas de crianças e jovens, trabalhar é tarefa da meia idade, e aposentar refere-se à terceira idade. O novo paradigma requer programas que apoiem o aprendizado em todas as idades e permitam às pessoas entrar e sair do mercado de trabalho para assumir o papel de cuidadores em diferentes momentos. Essa abordagem apoia a solidariedade entre as gerações e fornece maior segurança para crianças, pais e pessoas idosas.

Os próprios idosos e a mídia devem liderar a criação de uma imagem nova e mais positiva da terceira idade. O reconhecimento político e social das contribuições que os idosos podem dar, e a inclusão de homens e mulheres mais velhos em papéis de liderança irão amparar essa nova imagem e ajudar a derrubar estereótipos negativos. Educar os jovens sobre o envelhecimento e cuidar da manutenção dos direitos das pessoas mais velhas irão ajudar a reduzir e eliminar a discriminação e o abuso.

5. A resposta desta política de saúde

O envelhecimento da população é um fenômeno global que exige ação local, regional nacional e internacional. Em um mundo cada vez mais interligado, a omissão para lidar, de um modo sensato e em qualquer parte do mundo, com o imperativo demográfico e as mudanças rápidas nos padrões de doenças, terá conseqüências políticas e socioeconômicas em todos os lugares.

Em última instância, uma abordagem coletiva do envelhecimento e dos idosos irá determinar como nós, nossos filhos e netos irão experimentar a vida mais tarde.

A estrutura política destinada ao envelhecimento ativo apresentada abaixo baseia-se nos Princípios das Nações Unidas para Idosos (o círculo externo), ou seja, independência, participação, assistência, auto-realização e dignidade. As decisões fundamentam-se na interpretação de como os fatores determinantes do envelhecimento

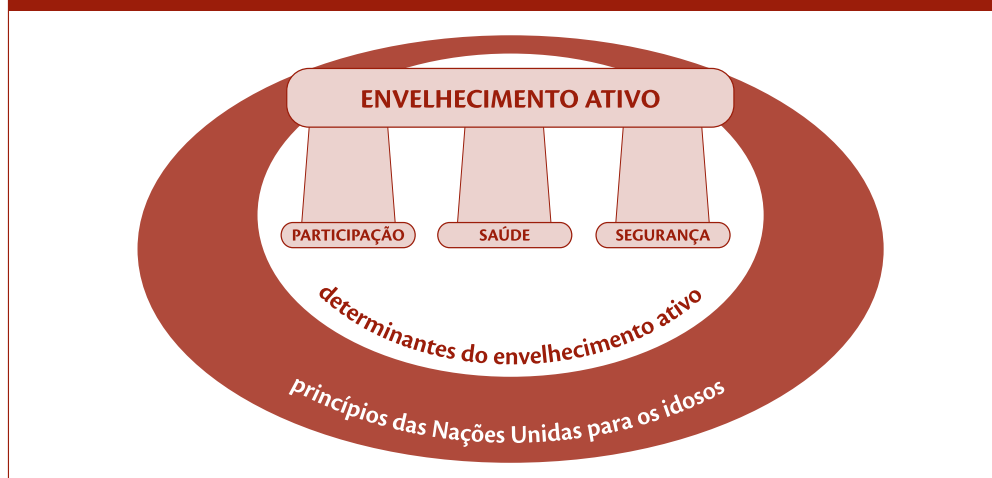
ativo influenciam o modo como as populações e os indivíduos envelhecem.

A estrutura desta política requer ações em três pilares básicos:

Saúde

Quando os fatores de risco (comportamentais e ambientais) de doenças crônicas e de declínio funcional são mantidos baixos, e os fatores de proteção, elevados, as pessoas desfrutam maior quantidade e maior qualidade de vida, permanecem saudias e capazes de cuidar de sua própria vida à medida que envelhecem, e poucos idosos precisam constantemente de tratamentos médicos e serviços assistenciais onerosos. Aqueles que realmente precisam de assistência devem ter acesso a toda uma gama de serviços sociais e de saúde que atendam às necessidades e aos direitos de homens e mulheres em processo de envelhecimento.

figura 14. Os três pilares da estrutura política para o envelhecimento ativo



Participação

Quando o mercado de trabalho, o emprego, a educação, as políticas sociais e de saúde e os programas apóiam a participação integral em atividades socioeconômicas, culturais e espirituais, conforme seus direitos humanos fundamentais, capacidades, necessidades e preferências, os indivíduos continuam a contribuir para a sociedade com atividades remuneradas e não remuneradas enquanto envelhecem.

Segurança

Quando as políticas e os programas abordam as necessidades e os direitos dos idosos à segurança social, física e financeira, ficam asseguradas a proteção, dignidade e assistência aos mais velhos que não podem mais se sustentar e proteger. As famílias e as comunidades são auxiliadas nos cuidados aos seus membros mais velhos.

Ação intersetorial

Atingir o objetivo do envelhecimento ativo irá demandar ações em vários setores além dos serviços sociais e de saúde, incluindo educação, emprego e trabalho, segurança social e financeira, habitação, transporte, justiça e desenvolvimento rural e urbano. Embora esteja claro que o setor de saúde não é responsável diretamente pelas políticas de todos os outros setores, estas estão inseridas, em um sentido mais amplo, no âmbito da saúde pública, pois defendem os objetivos de melhorar a saúde através da ação intersetorial. Esse tipo de abordagem enfatiza a importância de diferentes e numerosos parceiros da saúde pública e reforça o papel do setor saúde como um catalisador para a ação (Yach, 1996).

Além disto, todas as políticas precisam apoiar a solidariedade entre as gerações e

incluir metas específicas para reduzir as iniquidades entre homens e mulheres e entre diferentes subgrupos da população mais idosa. Deve-se dar atenção especial aos indivíduos mais velhos, pobres e marginalizados, e que vivem nas zonas rurais.

Uma abordagem de envelhecimento ativo busca eliminar a discriminação de idade e reconhecer a diversidade das populações mais velhas. As pessoas mais velhas e seus cuidadores precisam estar envolvidos ativamente no planejamento, na implementação e avaliação de políticas, programas e atividades para desenvolvimento do conhecimento relacionadas ao envelhecimento ativo.

Principais propostas desta política

As seguintes propostas visam a abordagem dos três pilares do envelhecimento ativo: saúde, participação e segurança. Algumas são amplas e abrangem todas as faixas etárias, enquanto outras são voltadas especificamente para aqueles que se aproximam da terceira idade e/ou os próprios idosos.

1. Saúde

1.1 Prevenir e reduzir a carga de deficiências em excesso, doenças crônicas e mortalidade prematura

- ♦ **Objetivos e metas** - Fixar metas mensuráveis específicas para gênero em relação a melhorias na saúde de idosos e redução de doenças crônicas, deficiências e mortalidade prematura durante o processo de envelhecimento.

- ♦ **Influências econômicas na saúde** - Colocar em vigor políticas e programas que enfocam os fatores econômicos que contribuem para o surgimento de doenças e deficiências na terceira idade (como pobreza, iniquidade de renda e exclusão social, níveis baixos de alfabetização, carência de educação). Priorizar a melhoria das condições de saúde nos grupos populacionais pobres e marginalizados.
- ♦ **Prevenção e tratamentos eficazes** - Oferecer serviços de triagem que sejam comprovadamente eficazes e não onerosos a homens e mulheres em processo de envelhecimento. Facilitar o acesso de idosos de baixa renda a tratamentos eficazes e baratos que reduzem as deficiências (como cirurgia de catarata e prótese de quadril).
- ♦ **Ambientes seguros e apropriados para idosos** - Criar unidades de saúde e padrões assistenciais apropriados para idosos, que ajudam a prevenir o surgimento ou agravamento de deficiências. Prevenir lesões através de proteção aos pedestres mais velhos, fazer a caminhada segura, implementar programas de prevenção de quedas, eliminar riscos nos lares e oferecer informações sobre segurança. Fazer cumprir rigorosamente os padrões da segurança no trabalho que protegem os trabalhadores mais velhos de lesões. Modificar ambientes de trabalho formais e informais, pois assim as pessoas podem continuar a trabalhar de maneira produtiva e segura enquanto envelhecem.
- ♦ **Audição e Visão** - Reduzir a perda auditiva evitável através de medidas preventivas apropriadas e apoiar o acesso a aparelhos auditivos para as pessoas mais velhas. Ter como objetivos a redução e a eliminação da cegueira evitável até 2020 (OMS, 1997). Oferecer serviços oftalmológicos adequados para os portadores de deficiência visual relacionada à idade. Reduzir as iniquidades no acesso a óculos para homens e mulheres que estão envelhecendo.
- ♦ **Viver sem barreiras físicas** - Desenvolver opções de habitação sem barreiras físicas para as pessoas que estão envelhecendo e são portadoras de deficiência. Trabalhar para tornar prédios e transportes públicos acessíveis para todas as pessoas com deficiência. Providenciar banheiros acessíveis em lugares públicos e no ambiente de trabalho.
- ♦ **Qualidade de vida** - Colocar em vigor políticas e programas que melhorem a qualidade de vida de pessoas com deficiências e doenças crônicas. Apoiar sua independência contínua e sua interdependência, através de mudanças no ambiente, oferta de serviços de reabilitação e apoio comunitário para os familiares, e facilidade de acesso aos equipamentos necessários (como óculos, andadores).
- ♦ **Apoio social** - Reduzir os riscos da solidão e do isolamento social por meio de apoio aos grupos comunitários dirigidos por pessoas mais velhas, sociedades tradicionais, grupos de auto-ajuda e cooperação, programas comunitários, visitas comunitárias, programas de apoio por telefone,



e cuidadores familiares. Apoiar o contato entre as diferentes gerações e providenciar habitações em comunidades que estimulem a interação social diária e a interdependência entre jovens e idosos.

- ♦ **HIV e AIDS** - Eliminar a limitação de idade na coleta de dados relacionados a HIV/AIDS. Avaliar e abordar o impacto do HIV/AIDS sobre idosos, incluindo aqueles que foram infectados e os que cuidam de pessoas infectadas e/ou que ficaram órfãos devido à AIDS.
- ♦ **Saúde mental** - Promover saúde mental positiva durante o curso da vida, oferecer informações e desafiar crenças estereotipadas sobre problemas de saúde mental e doenças mentais.
- ♦ **Ambientes limpos** - Colocar em práticas políticas e programas que assegurem a todos acesso à água limpa, alimento seguro e ar puro. Minimizar a exposição à poluição durante a vida, principalmente na infância e na velhice.

1.2 Reduzir os fatores de risco associados às principais doenças e aumentar os fatores que protegem a saúde durante a vida

- ♦ **Tabagismo** - Exigir ação ampla nos níveis local, nacional e internacional para controlar a comercialização e o uso de produtos derivados do tabaco. Fornecer às pessoas mais velhas ajuda para abandonar o vício.
- ♦ **Atividade física** - Desenvolver informações e diretrizes, culturalmente apropriadas e baseadas na população, sobre atividades físicas para homens e mulheres idosos. Fornecer

oportunidades acessíveis, baratas e agradáveis para os idosos permanecerem ativos (como áreas para andar e parques seguros). Apoiar grupos e líderes que promovem atividade física regular e moderada para pessoas durante o processo de envelhecimento. Informar e treinar os indivíduos e profissionais sobre a importância de permanecer ativo enquanto envelhecem.

- ♦ **Nutrição** - Assegurar uma nutrição adequada durante toda a vida, principalmente na infância e para as mulheres em idade reprodutiva. Garantir que as políticas e os planos de ação nacionais de nutrição reconheçam as pessoas idosas como um grupo potencialmente vulnerável. Incluir medidas especiais para prevenir a desnutrição e garantir a segurança alimentar para as pessoas em processo de envelhecimento.
- ♦ **Alimentação saudável** - Desenvolver diretrizes, culturalmente adequadas e baseadas na população, para alimentação saudável para homens e mulheres à medida que envelhecem. Apoiar dietas melhoradas e peso sadio na velhice através da provisão de informações (incluindo informações específicas sobre as necessidades nutricionais dos idosos), educação sobre nutrição em todas as idades, e políticas alimentares que capacitem mulheres, homens e famílias a escolher alimentos saudáveis.
- ♦ **Saúde oral** - Promover a saúde oral entre os idosos e incentivar mulheres e homens a conservarem seus dentes naturais enquanto for possível. Estabelecer metas políticas de saúde oral que sejam culturalmente adequadas,

- além de fornecer serviços de tratamento e programas de saúde oral adequados durante o curso da vida.
- ♦ **Fatores psicológicos** - Incentivar e permitir que as pessoas desenvolvam autonomia, habilidades cognitivas, como resolver problemas, comportamento voltado para o social e capacidade para lidar de maneira eficaz em diferentes situações. Reconhecer e a explorar a experiência e o vigor dos idosos para ajudá-los a melhorar seu bem estar psicológico.
 - ♦ **Álcool e drogas** - Determinar a extensão do uso de álcool e de drogas pelos indivíduos conforme envelhecem, e implementar práticas e políticas para reduzir o uso impróprio e o abuso.
 - ♦ **Medicamentos** - Aumentar o acesso aos medicamentos seguros e essenciais para os idosos que precisam dos remédios mas não podem pagar por eles. Implementar práticas e políticas que buscam reduzir a prescrição inadequada por profissionais da saúde e aconselhadore de saúde. Informar e educar as pessoas sobre o uso prudente de medicamentos.
 - ♦ **Adesão** - Assegurar medidas abrangentes para entender melhor e corrigir a pouca adesão a tratamentos, que comprometem seriamente sua eficácia, especialmente daqueles a longo prazo.
- 1.3 Desenvolver um contínuo de serviços sociais e de saúde acessíveis, baratos, de alta qualidade e adequados para a terceira idade, que aborde as necessidades e os direitos de homens e mulheres em processo de envelhecimento.**
- ♦ **Continuidade da assistência durante o curso da vida** - Considerar suas opiniões e preferências, fornecer continuidade de cuidados para homens e mulheres durante o envelhecimento. Reorientar os sistemas atuais, organizados com base em cuidados na fase aguda das doenças, para que forneçam continuidade de assistência, que inclui a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento apropriado de doenças crônicas, a provisão equânime de apoio comunitário e cuidados paliativos e de longo prazo durante todos os estágios da vida.
 - ♦ **Acesso justo e equitativo** - Assegurar a todas as pessoas o acesso justo e equitativo aos serviços de atenção primária em saúde (para quadros agudos e crônicos), assim como à assistência a longo prazo.
 - ♦ **Cuidadores informais** - Reconhecer e abordar as diferenças de gênero na tarefa do cuidador, e fazer um esforço especial para apoiá-los. Em sua maioria, são mulheres idosas que cuidam do marido, filhos, netos e outros que estão doentes ou incapacitados. Apoiar os cuidadores informais através de iniciativas tais como hospital-dia, pensões, subsídios financeiros, treinamento e serviços de enfermagem em domicílio. Reconhecer que os cuidadores mais velhos podem ficar isolados socialmente, doentes e pobres, e atender a suas necessidades.



- ♦ **Cuidadores formais** - Proporcionar aos cuidadores pagos condições adequadas de trabalho e de remuneração, com uma atenção especial àqueles que não são especializados e têm uma posição social e profissional baixa (a maioria deles formada por mulheres).
- ♦ **Serviços de saúde mental** - Oferecer serviços de saúde mental amplos para homens e mulheres à medida que envelhecem, desde a promoção de saúde mental aos serviços de tratamento para os doentes mentais, reabilitação e reintegração na comunidade, conforme necessário. Dar atenção especial ao aumento de depressão e tendência suicida devido à perda e ao isolamento social. Fornecer cuidados de qualidade para idosos com demência e outros problemas cognitivos e neurológicos em sua própria casa e em casas de repouso, quando apropriado. Dar atenção especial aos idosos com deficiência intelectual de longo prazo.
- ♦ **Sistemas de cuidados éticos coordenados** - Eliminar a discriminação de idade nos sistemas de serviço social e de saúde. Melhorar a coordenação entre serviços sociais e de saúde e integrar esses sistemas quando viável. Estabelecer e manter padrões apropriados de cuidados para as pessoas que estão envelhecendo através de mecanismos reguladores, diretrizes, educação, colaboração e consulta.
- ♦ **Iatrogênese** - Prevenir a iatrogênese (doenças e deficiências causadas pelo processo de diagnóstico ou tratamento). Estabelecer um sistema adequado para prevenir reações medicamentosas adversas, com foco especial na velhice.

Criar a consciência sobre riscos relativos e benefícios das terapias modernas entre os profissionais da saúde e o público em geral.

- ♦ **Envelhecer em casa e na comunidade** - Proporcionar políticas, programas e serviços que capacitem as pessoas a permanecerem em casa durante a velhice, com ou sem outros familiares, de acordo com as circunstâncias e preferências. Apoiar as famílias que incluem idosos e que precisam de cuidados em seu lar. Fornecer ajuda com refeições e manutenção da casa, e apoio de enfermagem em domicílio quando necessário.
 - ♦ **Parcerias e cuidados de qualidade** - Propiciar uma ampla abordagem dos cuidados a longo prazo (por cuidadores formais e informais), que estimule a colaboração entre os setores público e privado e envolva todos os níveis de governo, sociedade civil e instituições em fins lucrativos. Assegurar padrões de alta qualidade e ambientes estimuladores nas casas de repouso para homens e mulheres que precisarem deste tipo de assistência.
- 1.4 Fornecer treinamento e educação para cuidadores**
- ♦ **Cuidadores informais** - Fornecer aos familiares, conselheiros e outros cuidadores, informações e treinamento sobre como cuidar daqueles que estão envelhecendo. Apoiar os terapeutas alternativos mais velhos, que conhecem os medicamentos tradicionais e outras opções e, ao mesmo tempo avaliar também as necessidades deles quanto a treinamento.

- ♦ **Cuidadores formais** - Educar os que trabalham com a saúde e com serviços sociais sobre modelos capacitadores de cuidados primários e de longo prazo em saúde, que reconhecem a força e as contribuições de idosos. Incorporar módulos sobre o envelhecimento ativo nos currículos médicos e outras áreas de saúde, em todos os níveis. Fornecer educação especializada em geriatria e gerontologia para os profissionais médicos, de outras áreas de saúde e de serviço social. Informar profissionais de saúde e de serviço social sobre o processo de envelhecimento e as formas para otimizar o envelhecimento ativo entre os indivíduos, comunidades e grupos populacionais. Incentivar e treinar profissionais de saúde e de serviço social para estimular o auto-cuidado, e orientar homens e mulheres em processo de envelhecimento sobre práticas de estilo de vida saudável. Aumentar a consciência e a sensibilidade de todos os profissionais da saúde e dos trabalhadores comunitários sobre a importância das redes sociais para o bem estar na velhice. Treinar os trabalhadores da saúde para identificar os idosos que correm risco de solidão e isolamento social.

2. Participação

2.1 Propiciar educação e oportunidades de aprendizagem durante o curso da vida

- ♦ **Educação básica e instrução sobre saúde** - Tornar a educação básica disponível para todos durante o curso de vida. Ter como objetivo a alfabetização de todos. Promover a instrução sobre a saúde, através da educação para a saúde durante o curso da vida. Ensinar às pessoas sobre como cuidar delas mesmas e de outros, à medida que envelhecem. Educar e capacitar os idosos na seleção e uso efetivos dos serviços de saúde e comunitários.
- ♦ **Aprendizagem permanente** - Permitir a participação integral dos idosos, ao propiciar políticas e programas de educação e treinamento que defendem a aprendizagem permanente de homens e mulheres conforme eles envelhecem. Dar aos idosos oportunidades de desenvolver novas habilidades, principalmente em áreas como tecnologia da informação e novas técnicas agrícolas.

2.2 Reconhecer e permitir a participação ativa de pessoas idosas nas atividades de desenvolvimento econômico, trabalho formal e informal e atividades voluntárias, de acordo com suas necessidades individuais, preferências e capacidades

- ♦ **Redução da pobreza e geração de renda** - Incluir os idosos no planejamento, na implementação e na avaliação de iniciativas e esforços de desenvolvimento social para reduzir a pobreza. Assegurar que os idosos tenham o mesmo acesso aos subsídios para desenvolvimento, projetos de geração de renda e de crédito que as pessoas mais jovens.
- ♦ **Trabalho formal** - Colocar em vigor programas e políticas de mercado de trabalho e emprego que permitam a participação de pessoas idosas em trabalhos significativos, de acordo com suas necessidades individuais, preferências e capacidades (por exemplo, eliminação da discriminação de idade na contratação e na conservação de trabalhadores mais velhos). Defender



reformas nas pensões que incentivem a produtividade, um sistema variado de esquemas de pensões e opções de aposentadoria mais flexíveis (como aposentadoria parcial ou gradual).

- ♦ **Trabalho informal** - Implementar políticas e programas que reconheçam e apoiem a contribuição que mulheres e homens mais velhos dão na forma de trabalho não remunerado, no setor informal e nos trabalhos domésticos.
- ♦ **Atividades voluntárias** - Reconhecer o valor do voluntariado e desenvolver oportunidades para que idosos participem em atividades voluntárias significativas, especialmente aqueles que querem ser voluntários mas não podem por causa de limitações relacionadas a saúde, renda ou transporte.

2.3 Incentivar a participação integral dos idosos na vida familiar e comunitária

- ♦ **Transporte** - Fornecer serviços de transporte público acessíveis e baratos nas áreas rurais e urbanas para que os idosos (especialmente aqueles com mobilidade comprometida) possam participar integralmente da vida familiar e comunitária.
- ♦ **Liderança** - Envolver os idosos nos processos políticos que influenciam os seus direitos. Incluir as mulheres e os homens mais velhos no planejamento, na implementação e avaliação dos serviços locais de saúde e sociais e dos programas de recreação. Incluir os idosos nas iniciativas de prevenção e educação para reduzir a difusão do HIV/AIDS. Envolver os mais velhos nas iniciativas para desenvolver agendas de pesquisa

sobre o envelhecimento ativo, como consultores e pesquisadores.

- ♦ **Uma sociedade para todas as idades** - Oferecer maior flexibilidade nos períodos dedicados a educação, trabalho e responsabilidades como cuidador durante o curso da vida. Desenvolver uma série de opções de habitação para os idosos, que eliminem as barreiras físicas para independência e interdependência dos familiares. Incentivar a participação integral na comunidade e na vida familiar. Promover atividades para todas as gerações nas escolas e nas comunidades. Estimular os idosos a se tornar modelos de envelhecimento ativo e mentores para os jovens. Reconhecer e defender o papel importante e as responsabilidades dos avós. Promover a colaboração entre as organizações não governamentais que trabalham com crianças, jovens e idosos.
- ♦ **Uma imagem positiva do envelhecimento** - Trabalhar com grupos que representam idosos e com a mídia para fornecer imagens realistas e positivas do envelhecimento ativo, bem como informações educativas sobre o envelhecimento ativo. Confrontar estereótipos negativos e o envelhecimento.
- ♦ **Reduzir as iniquidades na participação de mulheres** - Reconhecer e amparar a importante contribuição que as mulheres mais velhas dão nas famílias e comunidades através dos cuidados e da participação na economia informal. Permitir a participação integral das mulheres na vida política e nos processos de tomada de decisão. Oferecer educação e oportunidades de aprendizagem para

as mulheres idosas, do mesmo modo como são dadas aos homens.

- ♦ **Proteger as organizações que representam os idosos** - Fornecer apoio financeiro e em espécie, além do treinamento para os membros dessas organizações para que possam defender, promover e intensificar a saúde, a segurança e a participação integral das mulheres e dos homens mais velhos em todos os aspectos da vida comunitária.

3. Segurança

3.1 Assegurar proteção, segurança e dignidade aos idosos, através dos direitos e necessidades de segurança social, financeira e física dos idosos

- ♦ **Segurança social** - Defender a provisão de uma rede de segurança social para os idosos que são pobres e sozinhos, bem como as iniciativas da seguridade social que fornecem uma fonte de renda estável e adequada durante a velhice. Incentivar os jovens adultos a se preparar para a velhice em suas práticas de saúde, sociais e financeiras.
- ♦ **HIV/AIDS** - Proteger o bem-estar social, econômico e psicológico dos idosos que cuidam de pessoas com HIV/AIDS e assumem o papel de pais substitutos dos órfãos da AIDS. Fornecer ajuda em espécie, cuidados de saúde acessíveis e empréstimos aos idosos para ajudá-los a atender às necessidades dos filhos e netos infectados pelo HIV.
- ♦ **Proteção ao consumidor** - Proteger os consumidores de medicamentos e tratamentos arriscados, e de práticas inescrupulosas de comercialização, principalmente na velhice.
- ♦ **Justiça social** - Assegurar que as decisões tomadas em relação aos cuidados na velhice sejam baseadas nos direitos dos idosos e orientadas pelos Princípios das Nações Unidas para os Idosos. Defender os direitos dos idosos de manter sua independência e autonomia pelo maior período de tempo possível.
- ♦ **Abrigo** - Reconhecer explicitamente os direitos e as necessidades dos idosos quanto a abrigos seguros e adequados, principalmente em tempos de conflito e crise. Quando necessário, prestar assistência residencial aos idosos e seus familiares (dar atenção especial às circunstâncias daqueles que vivem sozinhos), através de subsídios para aluguel, iniciativas de cooperativas habitacionais, apoio para as reformas nas residências, etc.
- ♦ **Crises** - Defender os direitos dos idosos durante conflitos. Reconhecer especificamente, e agir, em relação à necessidade de proteger os idosos em situações de emergência (por exemplo, dar transporte para os centros de apoio para aqueles que não podem andar até o local). Reconhecer a contribuição que os idosos podem dar nas iniciativas de recuperação depois de uma emergência e incluí-los em tais atividades.
- ♦ **Maus tratos contra idosos** - Reconhecer o abuso (físico, psicológico, financeiro e abandono) do idoso e incentivar a denúncia dos infratores. Treinar policiais, profissionais de serviço social e de saúde, líderes espirituais, organizações de defesa e grupos de idosos para

reconhecer e lidar com o abuso ao idoso. Aumentar a consciência sobre a injustiça dos maus tratos contra idosos através de campanhas de informação pública e conscientização. Envolver a mídia e os jovens, bem como os idosos, nestas iniciativas.

3.2 Reduzir as iniquidades nos direitos a segurança e nas necessidades das mulheres mais velhas.

- Aprovar e colocar em vigor leis que protejam as viúvas contra furto de propriedades e bens, e contra práticas nocivas, como rituais de sepultamento que comprometam a saúde e acusações de bruxaria.
- Aprovar e colocar em vigor leis que protejam as mulheres da violência doméstica e de outras formas de violência na terceira idade.
- Propiciar segurança social (ajuda na renda) para as senhoras que não recebem pensão, nem uma pequena renda de aposentadoria, pois trabalharam toda ou a maior parte de sua vida em casa ou no setor informal.

» A OMS e o envelhecimento

Em 1995, ao renomear seu “Programa de Saúde do Idoso” para “Envelhecimento e Saúde”, a OMS sinalizou uma importante mudança de orientação. Em vez de compartimentalizar os idosos, o nome novo abrangeu uma perspectiva de curso de vida: todos estamos envelhecendo e a melhor forma de garantir uma boa saúde para os futuros grupos de pessoas mais velhas é através da prevenção de doenças e promoção da saúde durante

a vida. Inversamente, a saúde dos atuais idosos só pode ser completamente entendida se considerarmos os eventos que experienciaram na vida.

A meta do Programa de Envelhecimento e Saúde foi desenvolver políticas que assegurem “a obtenção da melhor qualidade de vida possível, pelo maior tempo possível e para o maior número de pessoas possível”. Para alcançar essa meta, a OMS precisa promover as bases de conhecimento sobre gerontologia e geriatria através de iniciativas de treinamento e de pesquisa. É preciso enfatizar o incentivo a iniciativas interdisciplinares e intersetoriais, principalmente aquelas direcionadas aos países em desenvolvimento, que enfrentam os índices rápidos e sem precedentes da população que está envelhecendo, dentro de um contexto de pobreza predominante e problemas de infra-estrutura não solucionados. Além disto, o Programa ressalta a importância de:

- adotar abordagens baseadas na comunidade, ao enfatizar a comunidade como um cenário- chave para as intervenções;
- respeitar os contextos e as influências culturais;
- reconhecer a importância das diferenças entre gêneros;
- fortalecer o vínculo entre as gerações;
- respeitar e entender as questões éticas relacionadas à saúde e ao bem estar na velhice.

O Ano Internacional dos Idosos (1999) foi um marco na evolução do trabalho da OMS sobre envelhecimento e saúde. Nesse ano, o tema do Dia Mundial da Saúde foi “o envelhecimento ativo faz a diferença” e o “Movimento Global pelo Envelhecimento Ativo” foi lançado pelo o diretor-geral da OMS, Dr. Gro Harlem Brundtland. Nessa ocasião, o Dr. Brundtland afirmou: “preservar a saúde e a qualidade de vida ao longo dos anos fará muito pela construção de vidas realizadas, por uma comunidade de gerações que convivem harmoniosamente, uma economia dinâmica. A OMS compromete-se a promover o Envelhecimento Ativo como um componente indispensável de todos os programas de desenvolvimento”.

Em 2002, o nome do programa da OMS mudou novamente para “Envelhecimento e Curso de Vida” para refletir a importância da perspectiva do curso de vida. A abordagem multifocal do programa anterior e a ênfase nas atividades de desenvolvimento com diversos parceiros de todos os setores e várias disciplinas foram mantidas. Um aprimoramento posterior do conceito de envelhecimento ativo foi acrescentado e traduzido para todas as atividades do programa, incluindo pesquisa e treinamento, disseminação de informações, defesa e desenvolvimento de políticas.

Além do Programa de Envelhecimento e Curso de Vida na sedes da OMS, cada um dos seis escritórios regionais da OMS tem seu próprio Consultor para Envelhecimento, de modo a lidar com as questões específicas a partir de uma perspectiva regional.

Colaboração internacional

Com o lançamento do Plano Internacional da Ação sobre o Envelhecimento, a Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, em 2002, estabeleceu um marco decisivo ao abordar os desafios e celebrar os triunfos de um mundo em processo de envelhecimento. Ao iniciarmos a fase de implementação, será fundamental compartilhar alternativas de políticas e pesquisa nos níveis regional, nacional e global. Os estados-membros, as organizações não-governamentais, as instituições acadêmicas e o setor privado serão cada vez mais chamados a desenvolver soluções apropriadas à idade para os desafios de um mundo em processo de envelhecimento. Esses setores irão ter que levar em consideração as conseqüências de uma transição epidemiológica, as modificações rápidas no setor saúde, a globalização, a urbanização, as mudanças nos padrões familiares, a degradação ambiental, assim como as desigualdades persistentes e a pobreza, principalmente nos países em desenvolvimento, onde já vive a maioria dos idosos.

Para avançar o movimento pelo envelhecimento ativo, todas as partes interessadas irão precisar esclarecer e popularizar o termo “envelhecimento ativo”, através de diálogo, discussão e debate na arena política, no setor educacional, em fóruns públicos e na mídia, como em programas de rádio e de televisão.

A ação nos três pilares do envelhecimento ativo precisa ser apoiada por atividades de desenvolvimento do conhecimento, que incluem avaliação, pesquisa, vigilância e disseminação dos resultados de pesquisas. Os resultados das pesquisas precisam

ser compartilhados em linguagem clara, e em formatos práticos e acessíveis, com os governantes, as organizações não-governamentais que representam os idosos, o setor privado e o público em geral.

As agências internacionais, os países e as regiões terão que trabalhar em colaboração para desenvolver uma agenda de pesquisa relevante para o envelhecimento ativo.

A OMS compromete-se a trabalhar em colaboração com outras organizações intergovernamentais, ONGs e o setor acadêmico, para desenvolver uma base global de pesquisa sobre o envelhecimento. Essa base deve refletir as prioridades expressas no Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento de 2002, além das mencionadas neste documento.

Conclusão

Neste documento, a OMS oferece uma base de ação para os governantes. Junto com o Plano de Ação sobre o Envelhecimento das Nações Unidas, que foi adotado recentemente, essa base fornece uma orientação para elaborar políticas multisetoriais de envelhecimento ativo que irão melhorar as condições de saúde e aumentar a participação entre as populações que estão envelhecendo; ao mesmo tempo, irão assegurar que os idosos tenham segurança, proteção e cuidados adequados quando precisarem de assistência.

A OMS reconhece que a saúde pública abrange uma gama variada de ações para melhorar a saúde da população, e isso envolve mais do que a provisão de serviços básicos. Portanto, a Organização

compromete-se a trabalhar em cooperação com outras agências internacionais e com as Nações Unidas para incentivar a implementação de políticas do envelhecimento ativo nos níveis regional, nacional e global. Devido à natureza especializada de seu trabalho, a OMS irá dar consultoria técnica e desempenhar um papel catalisador para o desenvolvimento da saúde. Entretanto, isso só pode ser feito como um trabalho de equipe. Juntos, devemos fornecer a evidência e demonstrar a efetividade dos vários cursos de ação propostos. Em última instância, caberá às nações e comunidades locais desenvolver metas e objetivos realistas, específicos para cada gênero e adequados a cada cultura, e implementar as políticas e os programas adaptados a cada circunstância.

A abordagem do envelhecimento ativo proporciona uma base para o desenvolvimento de estratégias locais, nacionais e globais sobre a população que está envelhecendo. Ao reunir os três pilares para a ação de saúde, participação e segurança, oferece uma plataforma para uma construção consensual que abrange as preocupações de diversos setores e de todas as regiões. As propostas de políticas e as recomendações são de pouca utilidade, a não ser que ações subsequentes sejam implementadas. A hora de agir é agora.

6. Referências

- ABODERIN, I.; KALACHE, A.; BEN-SHLOMO, Y., LYNCH, J.W.; YAJNIK C. S.; KUH, D. & YACH, D. (2002). *Life Course Perspectives on Coronary Heart Disease, Stroke and Diabetes: Key Issues and Implications for Policy and Research*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Action on Elder Abuse (AEA) (1995) Bulletin (11) May-June. Londres.
- BOTEV, N. (1999). "Older persons in countries with economies in transitions." Population Ageing: Challenges for Policies and Programmes in Developed and Developing Countries. Fundo Populacional das Nações Unidas e Centro de Estudos da População e da Família (CBGS). Nova York: Fundo Populacional das Nações Unidas.
- CUTLER, D. (2001). "Declining Disability Among The Elderly." *Health Affairs* Vol 20. (6): 11-27.
- DIPOLLINA, L. & SABATE, E. (2002) "Medication adherence to long term treatments in the elderly." Em SABATE, E. (org.) *WHO Adherence Report: A review of the evidence*. Genebra: Organização Mundial da Saúde (no prelo).
- DOLL, R. (1999) Risk from tobacco and potentials for health gain. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 3 (2): 90-9.
- GIRONDA, M. & LUBBEN, J. (no prelo). "Preventing loneliness and isolation in older adulthood". Em GULLOTTA, T. & BLOOM, M. (orgs.) *Encyclopedia of Primary Prevention and Health Promotion*. Nova York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- GRAY, M.J.A. (1996) "Preventive Medicine". em: *Epidemiology in Old Age*. EBRAHIM, S. e KALACHE, A. (orgs.) Londres: BMJ Publishing Group.
- GURALNICK, J.M. & KAPLAN, G. (1989). "Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County Study". *American Journal of Public Health*, 79:703-8.
- GURWITZ, J.H. & AVORN, J. (1991). "The ambiguous relationship between aging and adverse drug reactions". *Annals of Internal Medicine*, 114: 956-66.
- Organização Internacional do Trabalho (OIT) (2000). "Income security and social protection in a changing world". *World Labour Report*. Genebra: OIT.
- JACOBZONE, S. & OXLEY, H. (2002). "Ageing and Health Care Costs". *International Politics and Society* (1). http://www.fes.de/ipg/online2_2002/index.htm
- JERNIGAN, D.H.; MONTEIRO, M; ROOM, R. & SAXENA, S. (2000). "Toward a global alcohol policy: alcohol, public health and the role of WHO". *Boletim da Organização Mundial da Saúde*, 78 (4), 491.
- KALACHE, A. & KELLER, I. (2000). "The greying world: a challenge for the 21st century". *Science Progress* 83 (1), 33-54.
- KALACHE, A. & KICKBUSCH, I. (1997) "A global strategy for healthy ageing". *World Health*. (4) Julho-Agosto, 4-5.
- KIRKWOOD, T. (1996) "Mechanisms of Ageing." em: *Epidemiology in Old Age*. EBRAHIM, S. & KALACHE, A. (orgs.). Londres: BMJ Publishing Group.
- LYNCH, J.W.; SMITH, G.D. ; KAPLAN, G.A. & HOUSE, J.S. (2000). "Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment and material conditions". *British Medical Journal*, 320: 1200-04.

- MANTON, K. & GU, X. (2001). "Changes in the prevalence of chronic disability in the United States, black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 22: 6354-9.
- MERZ, C.N. & FORRESTER, J.S. (1997). "The secondary prevention of coronary heart disease". *American Journal of Medicine*, 102: 573-80.
- MURRAY, C. & LOPEZ, A. (1996). *The Global Burden of Disease*. Oxford University Press.
- OCDE (1998). *Maintaining Prosperity in an Ageing Society*. Paris: Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico.
- PAL, J. et al. (1974) "Deafness among the urban community – an epidemiological survey at Lucknow (U.P)". *Indian J Med Res* 62; 857-868.
- SINGER, B. & MANTON, K. (1998). "The effects of health changes on projections of health service needs for the elderly population of the United States". *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 23: 321-35.
- SMITS, C.H.; DEEG, D.M. & SCHMAND, B. (1999). "Cognitive functioning and health as determinants of mortality in an older population". *American Journal Epidemiology*, 150 (9): 978-86.
- SUGISAWA, S.; LIANG, J. & LIU, X. (1994). "Social networks, social support and mortality among older people in Japan". *Journals of Gerontology*, 49: S3-13.
- United Nations (UN) (2001). *World Population Prospects. The 2000 Revision*.
- U.S. Centers for Disease Control (1999). *Lower Direct Medical Costs Associated with Physical Activity*. Atlanta: CDC. Ver: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/pr-cost.htm>
- U.S. Department of Health and Human Services (1999). *An Ounce of Prevention. What Are the Returns?* Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.
- U.S Preventive Services Task Force, (1996). *Guide to Clinical Preventive Services*, 2a edição. Baltimore: Williams & Wilkins.
- OMS (1994). Declaração elaborada pelo Grupo de Trabalho da Qualidade de Vida da OMS. Publicada no glossário de Promoção da Saúde da OMS de 1998. OMS/HPR/HEP/ 98.1 Genebra: Organização Mundial da Saúde
- OMS (1997). *Global Elimination of Avoidable Blindness*. OMS/PBL/97.61 Rev.2. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- OMS (1998) *Growing Older. Staying well. Ageing and Physical Activity in Everyday Life*. Preparado por Heikkinen RL. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- OMS (1998a). *Life in the 21st Century: A Vision for All* (Relatório Mundial de Saúde). Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- OMS (1999) Relatório Mundial de Saúde, Banco de Dados. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- OMS (2000). *Global Forum for Health Research: The10/90 Report on Health Research*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- OMS (2000a). *Health Systems: Improving Performance* (Relatório Mundial de Saúde). Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- OMS (2000b). *Home-Based and Long-term Care, Report of a WHO Study Group*. Série de Relatórios Técnicos 898. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- OMS (2000c). *Long-Term Care Laws in Five Developed Countries: A Review*. OMS/NMH/CCL/00.2. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

OMS (2001). *Innovative Care for Chronic Conditions*. Meeting Report, 30-31 Maio 2001, OMS/MNC/CCH/ 01.01. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

OMS (2001a) *Mental Health: New Understanding, New Hope* (Relatório Mundial de Saúde). Genebra: Organização Mundial da Saúde.

OMS (2002) *Developing and validating a methodology to examine the impact of HIV/AIDS on older caregivers – Zimbabwe case study*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. (no prelo)

OMS (2002a) *Global Burden of Disease. Review*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. (a ser publicado)

OMS/INPEA (2002). *Missing Voices: Views of Older Persons on Elder Abuse*. OMS/NMH/NPH/02.2 Genebra: Organização Mundial da Saúde.

WILKINSON, R.G. (1996). *Unhealthy Societies: The Affliction of Inequality*. Londres: Routledge.

WILSON, D.H. et al. (1999) "The epidemiology of hearing impairment in the Australian adult population." *Int J Epidemiol.* 28:247-252

WOLF, D.A. (2001) "Population change: friend or foe of the chronic care system". *Health Affairs Vol.20* (6) 28-42

Banco Mundial (1999). *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington: Banco Mundial.

Banco Mundial (2001). Banco de Dados Indicadores do Desenvolvimento Mundial, Washington: Banco Mundial. http://www.worldbank.org/data/wdi2001/pdfs/tab2_6.pdf

YACH, D. (1996) "Redefining the scope of public health beyond the year 2000". *Current Issues in Public Health*, 2: 247-252.



Essa obra foi composta com as fontes Jenson e Cronos,
impressa em papel couché brilho 230 gr./m² para a capa
e papel offset 90 gr./m² para o miolo em sistema de impressão offset,
no mês de junho de 2005 em Brasília / DF.



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde

REPRESENTAÇÃO NO BRASIL

**Secretaria de
Vigilância em Saúde**

**Ministério
da Saúde**

