

Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública

Aging population and chronic diseases: Reflections on the challenges for the System of Public Health

Mayckel da Silva Barreto
Lígia Carreira
Sonia Silva Marcon

RESUMO: Estudo descritivo, de análise reflexiva que objetivou analisar os atuais desafios do sistema brasileiro de saúde pública diante das doenças crônicas na população idosa. Evidencia-se que atualmente o sistema de saúde possui desafios na atuação junto a idosos com doenças crônicas, entre eles: a oferta de assistência aos idosos a partir da atuação em redes dos serviços de atenção à saúde; produção de informações nas Vigilâncias Epidemiológicas; e realização de ações de prevenção e promoção para a saúde em atividades multiprofissionais, com inclusão da família na assistência. Isso suscita o desenvolvimento de atividades resolutivas, por parte de gestores e profissionais, que atendam essas demandas.

Palavras-chave: Assistência a idosos; Doença Crônica; Sistemas de Saúde; Pessoal da Saúde.

ABSTRACT: *Descriptive study of reflective analysis that aimed to analyze the current challenges of the Brazilian public health system in the face of chronic diseases in the elderly. It is evident that the current health care system has challenges in performance with the elderly with chronic diseases, including: the provision of care for the elderly from the performance on networks of health care services; Production of information and Epidemiological Surveillance in Conducting prevention and health promotion in multidisciplinary activities, including family care. This begs the development of remedial activities on the part of managers and professionals who meet those demands.*

Keywords: *Old Age Assistance; Chronic Disease; Health Systems; Health Personnel.*

Introdução

O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial, posto que organizações internacionais preveem que, em 2025, existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os idosos mais velhos (com 80 anos ou mais) constituirão um grupo etário de expressiva importância numérica (Goulart, 2011). No Brasil, a conjuntura não será discrepante. A transição demográfica e epidemiológica pela qual passou o país modificou a pirâmide etária da população, elevou a expectativa de vida, e aumentou em 45,9% a população idosa acima de 65 anos, no período de 1980 a 2000 (Kanso, Romero, Leite, & Moraes, 2011).

O prolongamento da vida, de fato, é uma aspiração de qualquer sociedade e deve ser comemorado amplamente. No entanto, só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. Assim, qualquer política destinada aos idosos deve considerar sua capacidade funcional, necessidade de autonomia, participação, cuidado e auto-satisfação. Também deve abrir campo para possibilidade de atuação em variados contextos sociais e de elaboração de novos significados para a vida na idade avançada. E ainda incentivar, fundamentalmente, a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde das pessoas idosas (Veras, 2009; Moreira, Santos, Couto, Teixeira, & Souza, 2013).

Contudo, apesar de tanto nos países desenvolvidos, como nos em desenvolvimento, esse envelhecimento populacional ter acarretado transformações na incidência e prevalência das doenças, bem como alavancado os índices de óbitos causados pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), ao mesmo tempo não fez com que surgissem políticas públicas que, verdadeiramente, atendessem suas reais necessidades (Moreira *et al.*, 2013). Para exemplificar, no ano de 2005, cerca de 35 milhões de pessoas morreram por DCNT no mundo (WHO, 2005). No Brasil, 72,4% das mortes ocorridas em 2009, foram por estas doenças, com uma leve tendência de crescimento (Duncan, Chor, Aquino, Bensenor, Mill, & Schmidt, 2012), demonstrando que as políticas públicas de saúde vigentes não conseguem diminuir os agravos e óbitos decorrentes das doenças crônicas mais comuns nos idosos.

Ademais, estudos atuais evidenciam que os índices de morte por DCNT já estão mais elevados em países de baixa e média renda do que em países ricos. Quase dois terços das mortes prematuras em adultos (entre 15 e 69 anos) e três quartos de todas as mortes adultas são atribuíveis a tais condições, situação potencialmente agravada quando se considera de maneira isolada a população idosa (Goulart, 2011; Duncan, *et al.*, 2012).

Então, em todos os países do mundo as DCNT constituem o principal problema de saúde pública na atualidade, seja para homens ou para mulheres e, melhor dizendo, um grave problema para todos os sistemas de saúde pública, principalmente quando o foco de atenção é o idoso (Goulart, 2011).

Naturalmente, este cenário apresentado e todas as questões pontuadas demonstram a necessidade de políticas públicas integradas para a abordagem do problema das doenças crônicas nos idosos, o que certamente acarreta desafios para os sistemas de saúde em que tais sujeitos estão inseridos. Assim, questiona-se: Quais são os atuais desafios do sistema brasileiro de saúde pública no que tange à atenção aos idosos com doenças crônicas? Dessa forma, o presente estudo reflexivo teve por objetivo analisar os atuais desafios do sistema brasileiro de saúde pública diante das DCNT na população idosa.

As doenças crônicas na atualidade

Entre as DCNT mais comuns na velhice, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes mellitus (DM), que, juntas, são consideradas como os principais fatores de risco para o desenvolvimento de complicações renais, doenças cardíacas e cerebrovasculares, representando, portanto, altos custos médicos e socioeconômicos, decorrentes principalmente das complicações que a acompanham (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010; Duncan, *et al.*, 2012). Outras doenças crônicas que acometem os idosos, porém em menor proporção, são: câncer, doenças respiratórias, mentais e inflamatório-reumáticas que somadas à HAS e DM aumentam sobremaneira as consequências danosas no processo saúde-doença da população idosa (Bussche, Koller, Kolonko, Hansen, Wegscheider, & Glaeske, 2011).

As DCNT atualmente são responsáveis pela maioria das doenças e mortes em muitos países, seja de alta, média ou baixa condição socioeconômica. Uma medida de tal “carga global da doença”, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é o ano de vida ajustado por incapacidade (DALY). O DALY parte do pressuposto de que a medida mais adequada dos efeitos das doenças crônicas é o tempo gasto ou perdido por doença ou morte prematura. Um DALY equivale a um ano de vida saudável perdido (Goulart, 2011).

O projeto da OMS referente à carga global de doença (*The Global Burden of Disease*) mostra estimativas sobre a incidência, prevalência, gravidade, duração, e mortalidade para mais de 130 causas.

Ele inclui dados desde 2000 para os países membros da OMS e para sub-regiões em todo o planeta e demonstra, claramente, quão impactante é o número de DALY e de mortes no mundo, independentemente das categorias de status socioeconômico dos países. Em 2005, por exemplo, as doenças cardiovasculares causaram 5,07 milhões ou 52% de todas as mortes no mundo, com carga de doença equivalente a mais de 34 milhões de DALY (OPAS, 2012).

A grande diferença entre os países de baixa renda, como os da África e América Latina, e outros de renda alta, como na Europa e América do Norte, é que, nos primeiros, a carga de doenças transmissíveis e de agravos de condições maternas e perinatais ainda é superior, embora apenas ligeiramente em alguns casos, à das DCNT. Já nestes últimos, bem como nas categorias intermediárias de renda, as DCNT sobrepujam largamente as demais causas (Goulart, 2011), ou seja, todos os sistemas de saúde no mundo hoje sofrem com a intensa carga de morbidade e mortalidade por doenças crônicas.

Impacto das DCNT no Brasil

O Brasil hoje é um “jovem país de cabelos brancos”. A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (Veras, 2009).

A situação das DCNT, hoje considerada amplamente como verdadeira epidemia, é agravada pela transição demográfica acelerada que ocorreu e ainda vem ocorrendo no país, onde mudanças que levaram cem anos para acontecer na Europa, estão ocorrendo em duas ou três décadas. A proporção de pessoas com 65 anos ou mais dobrou no país em um período de apenas duas décadas recentes; o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos, que era de 2,7% em 1960, passou para 5,4% em 2000 e alcançará 19% em 2050, superando o número de jovens (Goulart, 2011).

A análise da carga de doenças traduzida pelos anos de vida perdidos mostra, que apesar de índices ainda preocupantes de doenças infecciosas, desnutrição, causas externas e condições maternas e perinatais, as doenças crônicas representam em torno de 66% da carga de morbidades (Campolina, Adami, Santos, & Lebrão, 2013).

Além do rápido envelhecimento da população, e conseqüente aumento na incidência das DCNT, convive-se também com a crescente ameaça das doenças infecciosas, e das chamadas causas externas e violências, configurando, assim, uma “tripla carga” de morbidades, manifestada na associação de prevalências preocupantes de doenças infecciosas e parasitárias, causas externas e doenças crônicas (Goulart, 2011).

Esta conjuntura faz com que ocorra uma enorme perda social e econômica, tanto individual quanto coletiva, representada pela redução da poupança, com reflexos negativos até mesmo no investimento nacional. A perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes de apenas três DCNT (DM, doença do coração e acidente vascular cerebral), acarretarão, segundo estimativas, perdas na economia brasileira da ordem de mais de quatro bilhões de dólares nos próximos anos (Goulart, 2011).

Adicionalmente, o não controle clínico dessas doenças favorece a ocorrência anual de mais de um milhão de internações por doenças do aparelho circulatório, processadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com um custo aproximado de um bilhão e 800 milhões de reais, caracterizando essas doenças como principal causa agrupada de mortes no país (Brasil, 2006). Nessa perspectiva, o acompanhamento efetivo dos idosos, além de reduzir o número de hospitalizações e de óbitos decorrentes dos agravos das DCNT, que são situações desgastantes e estressoras para as pessoas e seus familiares, favorece a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, e objetiva a diminuição dos gastos para o sistema público de saúde, uma vez que 75% da assistência à saúde realizada no Brasil se concretiza, por meio, da rede pública do SUS.

Vale ressaltar que, apesar do forte impacto das DCNT, em termos sociais e econômicos no Brasil, ao longo das duas últimas décadas ocorreu no país diminuição de 26% na taxa de mortalidade por tais condições, ou seja, uma redução média de 1,4% ao ano, ampliando para 1,6% nos últimos dez anos (Goulart, 2011).

Tal declínio afetou tanto homens como mulheres e foi observado em todas as regiões do país. Especificamente, a mortalidade por doenças cardiovasculares reduziu-se em 41% (2,2% ao ano) e por doenças respiratórias, em 23% (2,8% ao ano).

Em relação ao câncer, houve certa estabilidade das taxas no mesmo período e no diabetes houve aumento de 24% entre 1991 e 2000, seguido por um declínio de 8% entre 2000 e 2009, por razões ainda não totalmente esclarecidas (Duncan, *et al.*, 2012).

As DCNT representam uma expressiva e crescente demanda em termos de atenção em saúde, exigindo, além da proposição de novas maneiras de focar a problemática, também a necessidade do monitoramento epidemiológico, e realização de pesquisas que busquem elucidar os motivos de aumento, estabilização e queda nas taxas de morbimortalidade relacionada às DCNT no Brasil (Santos, Kalsing, Ruiz, Roese, & Gerhardt, 2013).

Desafios atuais para o sistema brasileiro de saúde pública diante das DCNT na população idosa

Os desafios para os serviços de saúde estão inter-relacionados às próprias características das DCNT, pois elas apresentam: etiologia múltipla; longos períodos de latência; curso prolongado; e associação a deficiências e incapacidades funcionais, o que culmina com a impossibilidade da completa definição de sua causa e dificultam o diagnóstico (Tavares, Paiva, Dias, Diniz, & Martins, 2013). A literatura e a atuação profissional na área da saúde coletiva demonstram que, por serem doenças com característica insidiosa e de evolução lenta, muitas pessoas somente têm o diagnóstico quando as complicações clínicas já se encontram instaladas (Goulart, 2011).

Outra questão que merece destaque é o tratamento para as DCNT, que geralmente possui curso prolongado ou contínuo, acarretando gastos aos pacientes, suas famílias e sistema de saúde (Goulart, 2011). Para além dessas características, por outras vezes, não aceitam o diagnóstico e o tratamento, por não apresentarem sintomas ou por sentirem-se saudáveis (Rissardo, Barreto, Oliveira, Marcon, & Carreira, 2012). Tais situações favorecem a ocorrência da não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Tanto as características da doença, quanto as especificidades do tratamento, que são passíveis de atuação dos profissionais de saúde da atenção primária, constituem desafios para o sistema de saúde. Mas, nesta reflexão, chamamos a atenção para outros quatro grandes desafios que o sistema de saúde necessita superar para prestar assistência de qualidade aos idosos com doenças crônicas, que serão descritas a seguir.

Como mencionado anteriormente, as condições crônicas constituem a principal causa de doença, morte e incapacidade em todo o planeta, independentemente da renda e das características sociais e culturais dos países (Goulart, 2011). Há pelo menos cinco décadas, os brasileiros convivem com as doenças cardiovasculares como primeira causa de morte (Brasil, 2006), o que decorre entre outros fatores da predominância da medicina curativa em detrimento da preventiva (Duncan, *et al.*, 2012).

Atualmente, defende-se que uma forma eficiente de atender às necessidades dos idosos com doenças crônicas é incrementar e aprimorar a oferta da Atenção Primária à Saúde (APS), pois dificilmente se pode alcançar assistência de qualidade para doenças crônicas em cenários de cuidados primários, quando o sistema está focado em tratar apenas afecções ou complicações agudas (Goulart, 2011). Este está como o primeiro desafio a se considerar nesta reflexão.

Acreditamos que os cuidados às DCNT poderiam ser aprimorados se os sistemas de oferta tivessem ênfase em cuidados primários, que priorizassem a abrangência da assistência e o estado geral de saúde do paciente idoso nos atendimentos da Estratégia Saúde da Família (ESF) e nas Unidades Básicas de Saúde.

Nesta mesma linha de pensamento de cuidados primários aos doentes crônicos, um estudo realizado para a Agência Nacional de Saúde Suplementar, acerca do modo como as operadoras de planos de saúde trabalhavam programas de promoção da saúde, prevenção de agravos e ações de identificação precoce das doenças mais prevalentes ao longo da vida, demonstrou que a maioria das propostas das operadoras era pautada em programas que tinham como foco a doença, majoritariamente programas para clientes com DM e HAS (Veras, 2009). De fato, são doenças de grande prevalência nesse grupo etário. No entanto, o foco para o idoso não deve ser centrado única e exclusivamente na doença. O idoso não possui apenas uma patologia. Além da multiplicidade de processos mórbidos, é preciso considerar a forte influência dos determinantes econômicos, sociais e culturais nas enfermidades que afetam esse grupo (Bussche, *et al.*, 2011).

Fica evidente que existe grande distância entre o desejo de aplicar novas ações de saúde e sua prática efetiva. Um dos motivos para a ocorrência desta lacuna seria a carência de conhecimento teórico e de informação sobre modelos preventivos que sejam eficientes e adequados. Apesar de os conceitos preventivos estarem bem-estruturados e aceitos pela Atenção Primária à Saúde (APS) e seus profissionais, sua operacionalização é bastante precária, particularmente no grupo etário dos idosos, que envolve compreender melhor as condições de vida e saúde desta população. O modelo preventivo foi concebido em um mundo menos envelhecido que o atual. A ênfase, portanto, foi conferida aos grupos populacionais mais jovens, o que dificulta sua aplicabilidade à população idosa (Veras, 2012).

As DCNT são passíveis de intervenção por meio de atividades de promoção para a saúde e prevenção de agravos e isso representa o investimento mais custo-efetivo entre todos aqueles do setor saúde.

O Ministério da Saúde, por exemplo, colocou como prioridade na agenda do SUS a implementação de uma política para prevenção e promoção da saúde para as doenças crônicas mais prevalentes na terceira idade e elaborou o Plano de Ações Estratégicas, no Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022 (Brasil, 2011).

Os programas apesar de teoricamente bem estruturados não conseguem alcançar suas metas e objetivos. A exemplo dos programas de hipertensão arterial e diabete melito, criados na década de 1980, não apresentaram o desempenho esperado em razão de mudanças e de substituições ou desativações temporárias em cada nova administração central na área da saúde, sem que os mesmos tivessem sido avaliados.

Em outros momentos, os programas não receberam – e ainda não recebem – o apoio essencial à sua manutenção e sucesso. Foram programas com propostas de educação e controle direcionados à HAS e ao DM, mas que não conseguiram se enquadrar na prevenção primária, de baixo custo, desviando-se exclusivamente para a prática clínica, onerosa, de restrito acesso, baixa cobertura e resolutividade (Brasil, 2011).

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde, bem como os gestores dos serviços, devem mobilizar esforços para que as políticas traçadas no âmbito da APS possam ser implementadas e, assim, seus objetivos alcançados. Contudo, sabemos que a atenção primária, por vezes, não é capaz de ofertar a assistência integral à saúde dos doentes crônicos devendo, os mesmos, ser encaminhados para centros de atenção especializados e intensivos, tais como clínicas especializadas, hospitais e centros de reabilitação. Surge, assim, o segundo desafio para os cuidados aos idosos com doenças crônicas, que seria o encaminhamento adequado e oportuno dos pacientes a diferentes setores de assistência, por meio das redes de atenção à saúde.

O atendimento pautado em redes de atenção é indispensável quando falamos em DCNT para os idosos. As redes de atenção à saúde são a resposta adequada à situação de saúde vigente em nosso país e implicam organizar, de forma integrada, sob a coordenação da APS, os pontos de atenção ambulatoriais e hospitalares secundários e terciários, os sistemas de apoio (de assistência farmacêutica, apoio diagnóstico e terapêutico e de informação), os sistemas logísticos (de regulação da atenção, registro eletrônico em saúde e transporte em saúde) e o sistema de governança (Mendes, 2012), o que permite a assistência integral e de qualidade aos usuários do sistema de saúde.

A proposta de organização em redes de atenção à saúde já foi incorporada na legislação do SUS pelo Decreto 7.508/2011, que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde e tem constituído uma prioridade de diversos governos nos âmbitos nacional, estadual e municipal.

As redes de atenção à saúde, para cumprirem com seus pressupostos e objetivos, devem ser coordenadas por uma APS forte e atuante. Para tanto, será necessário aprofundar o movimento de implantação da ESF. Isso implica em um grande desafio estrutural e organizacional com uma agenda de radicalização da ESF com alguns pontos fundamentais, como o aumento da cobertura com foco especial em grandes e médios municípios, até atingir cobertura de 75% da população brasileira; superação dos problemas críticos de sua gestão; expansão do trabalho interdisciplinar; implantação de modelos de atenção à saúde baseados em evidência; e incremento dos recursos financeiros (Mendes, 2013).

Neste íterim, ratifica-se que diagnosticar precocemente, garantir assistência aos já doentes, ofertar e estimular práticas de prevenção primária e promoção para a saúde é um dever do SUS.

As evidências mostradas pelas pesquisas no campo da Economia da Saúde demonstram que, os sistemas de saúde ao redor do mundo, não terão sustentabilidade se essas práticas não forem implementadas (Goulart, 2011). O funcionamento da atenção à saúde em redes é algo necessário para que os cuidados aos idosos com doenças crônicas sejam efetivos e eficazes, desde o diagnóstico precoce, ao tratamento e acompanhamento continuado.

Para o adequado funcionamento da assistência primária e em redes de atenção à saúde dos idosos com DCNT, é indispensável o correto registro dos casos acompanhados pela ESF, para que a Vigilância Epidemiológica (VE) possa traçar metas atingíveis de atuação constituindo este o terceiro grande desafio para o setor saúde: o registro e a vigilância dos casos de idosos com doenças crônicas.

As estatísticas de mortalidade por DCNT são as mais comuns e disponíveis em todo o mundo. A morte, como evento único, exclui o indivíduo da sociedade, devendo ser oficialmente registrada. O registro é uma informação de rotina, tornando as estatísticas de mortalidade as menos dispendiosas e de mais fácil obtenção em qualquer país. Por essas razões, elas são as primeiras a serem consideradas para a Vigilância Epidemiológica das DCNT, sendo o coeficiente de mortalidade o primeiro indicador selecionado para o acompanhamento da tendência temporal das causas de morte por doenças crônicas (Laurenti, Jorge, & Gotlieb, 2013); por isso exige-se empenho e raciocínio dos profissionais de saúde ao executarem o procedimento de registro de informações.

A Coordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), da Secretaria de Vigilância em Saúde, tem a responsabilidade de coordenar e formular, no âmbito nacional, as atividades da VE das DCNT e promoção para a saúde, fomentando a sua implementação nos níveis estaduais e municipais do SUS (Brasil, 2005).

Contudo, uma das permanentes e ainda atuais queixas do setor é o fato de as informações se apresentarem incompletas, desatualizadas e desorganizadas, o que dificulta o planejamento das ações de vigilância e intervenção.

Diante da inquestionável importância da VE para o adequado controle das DCNT e ainda visando a construir a agenda de prioridades para implementação da Vigilância, Prevenção e Controle das DCNT, o Ministério da Saúde, realizou em 2005 o “I Seminário Nacional de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção à Saúde”. O evento contou com a participação de 200 técnicos de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde de todo o Brasil, dirigentes de diversas áreas do Ministério da Saúde e Instituições de Ensino e pesquisa (Brasil, 2005).

Nesta ocasião foram pactuados eixos de atuação para a VE das DCNT, sendo que os eixos pactuados referem-se a: 1) Estruturação do Sistema de Vigilância de DCNT e seus fatores de risco e protetores; 2) Gestão (Regulamentação, financiamento, Recursos Humanos, participação e controle social, responsabilidade e sustentabilidade; 3) Intervenções para prevenção (promoção da saúde, interface com assistência, intersetorialidade, integralidade); e 4) Avaliação e apoio à Pesquisa. A divulgação destes eixos deveria constituir prioridades para as Secretarias Municipais de Saúde, visando a ampliar os compromissos dos profissionais de saúde com a geração de informação confiável e aplicação das estratégias de intervenção pactuadas entre os três níveis do SUS (Brasil, 2005).

Vale ressaltar que ainda é heterogêneo o reconhecimento da magnitude do problema DCNT no Brasil. Como estas não aparecem como epidemias perceptíveis, a exemplo das doenças transmissíveis, ainda é preciso ampliar a divulgação, advocacia e sensibilização dos gestores do SUS sobre o problema, de tal forma que a vigilância e controle de DCNT ganhem prioridade em suas agendas. O SUS é descentralizado e apresenta grande heterogeneidade na capacidade de resposta nos seus 27 estados e 5.561 municípios. Assim, torna-se um grande desafio a organização das ações de vigilância das DCNT e a realização de ações de prevenção e de promoção da saúde que funcionem de maneira semelhante em todo o território nacional (Oliveira, & Casanova, 2009).

O trabalho de advocacia visa a demonstrar que ações de promoção da saúde são factíveis e efetivas na redução da morbimortalidade dos idosos com DCNT. A divulgação de iniciativas, principalmente junto aos gestores e membros dos conselhos de saúde, é fundamental para criar consensos sobre a importância do investimento em registro e prevenção. O estabelecimento de parcerias com outros setores governamentais e não governamentais também é imprescindível, visto que inúmeras das ações de promoção para a saúde dependem de decisões externas a esse setor.

Torna-se ainda importante o investimento na avaliação de ações, programas e políticas de prevenção de DCNT, desenvolvendo parcerias com órgãos formadores e instituições de pesquisa. As avaliações cumprem o papel de retroalimentar e corrigir as ações e programas em curso, sendo todas essas responsabilidades imputadas aos programas de VE (Brasil, 2005).

Ainda, como último desafio apontado nesta reflexão, mas não menos importante, evidenciamos que a assistência aos idosos com doenças crônicas deve ser multiprofissional, buscando inserir também sua família no espaço de cuidado, a fim de que as atividades de promoção para a saúde e prevenção de agravos sejam efetivamente seguidas. Sob esta ótica, um estudo realizado junto a 22 idosos com HAS demonstrou ser necessário desenvolver estratégias que fidelizassem o idoso ao tratamento, pois o curso prolongado e assintomático da doença fez com que eles considerassem a possibilidade de abandono da terapêutica (Rissardo, *et al.*, 2012). As evidências científicas apontam para que a inserção da família neste processo seja uma forma de aumentar a confiança do idoso no serviço de saúde, sendo que a organização familiar e suas interações influenciam diretamente no sucesso do tratamento das DCNT, em especial da HAS (Rissardo, *et al.*, 2012; Barreto, & Marcon, 2014).

O contexto familiar estruturado, portanto, é apontado como significativamente associado ao comportamento de autocuidado na DCNT, por exercer importante papel em todo o processo de relação do indivíduo com a sua doença, seu tratamento e a adaptação a um novo estilo de vida (Silveira, Budó, Silva, Beuter, & Schimith, 2009). Por isso, o domicílio é visto, hoje, como um espaço onde, idosos com DCNT podem ter boa qualidade de vida e manter a estabilidade da doença, por meio da compreensão e do auxílio dos familiares na manutenção de um estilo de vida saudável (Silveira, *et al.*, 2009), constituído pela prática regular de exercício físico; controle do peso, alimentação saudável, consumo moderado de álcool, abandono do tabagismo e gerenciamento do estresse (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

Nessa perspectiva, os profissionais da ESF, em especial o enfermeiro, precisam estar sensibilizados e instrumentalizados para atuar com as famílias que possuam um de seus membros com DCNT, pois a prática profissional avançada baseia-se em como o profissional pensa, na linguagem que utiliza, nas questões que formula e nos relacionamentos que valoriza. O profissional deve, também, compartilhar a assistência, envolvendo os familiares no processo saúde-doença do paciente crônico, ensinando-lhe os cuidados básicos imprescindíveis para se conviver no domicílio com a doença (Elsen, 2009).

Percebe-se que profissionais que atuam na rede executando os cuidados primários podem fornecer atendimento de alta qualidade em muitas áreas que eram tradicionalmente domínio dos médicos. Tem sido demonstrado em estudos realizados em várias partes do mundo que a disponibilidade de enfermeiros especializados para atendimento de pacientes com doenças de longo prazo pode melhorar os resultados e reduzir a utilização dos recursos de saúde (Veras, 2012; WHO, 2005). Os profissionais de enfermagem, por exemplo, podem reduzir internações hospitalares e, ao mesmo tempo, introduzir mais modalidades de serviços na atenção primária, e na atenção domiciliar (Katon, *et al.*, 2010; Onder, *et al.*, 2012).

Verifica-se, portanto, que as intervenções de enfermagem e multiprofissional possíveis nas DCNT pertencem a uma ampla gama de situações. Podem ser realizadas ações educativas voltadas para a mudança de comportamentos, assim como cuidados continuados, de longa duração, planejados de forma prospectiva e proativa e apoiados fundamentalmente na atenção primária à saúde. A capacitação do paciente é fundamental, de modo a desenvolver sua adesão, com apoio das famílias, a metas de cuidado, bem como autonomia na solução de problemas e participação nos processos decisórios clínicos, sempre sobre supervisão das equipes de saúde (Goulart, 2011).

Em síntese, diante dos desafios do sistema de saúde brasileiro analisados nesta reflexão pode-se dizer que o atendimento ao idoso com doença crônica deve-se pautar com ênfase na atenção primária à saúde, não só como porta de entrada do sistema, mas também como instância reguladora e articuladora do acesso aos serviços especializados e hospitalares; na promoção do autocuidado junto aos pacientes, incluindo suas famílias, em suas diversas acepções, de empoderamento, autonomia, participação nos processo decisórios que lhes digam respeito e na ênfase necessária à Vigilância Epidemiológica das DCNT, que poderá propor, supervisionar e cobrar a realização de atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos nas diferentes esferas do SUS.

Considerações Finais

Esta análise reflexiva acerca das doenças crônicas no grupo etário dos idosos permitiu evidenciar que existem diversos desafios para os serviços de saúde e seus profissionais.

Os desafios são de diversas ordens como, por exemplo, estruturação da Atenção Primária; oferta de assistência oferecida por meio de redes de atenção; produção de informações confiáveis, para que as Vigilâncias Epidemiológicas possam traçar metas atingíveis de prevenção e controle das principais DCNT; atuação profissional resolutiva e de qualidade junto aos idosos, com a realização de atividades voltadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos, incluindo sempre a família dos idosos, por constituírem rede de apoio ao tratamento.

Dessa forma, fica evidente que não existe uma fórmula única para o desenvolvimento de um sistema de saúde eficiente e eficaz para o controle das doenças crônicas junto aos idosos. Outros projetos, protocolos e recomendações podem ser formulados e, em todas essas situações, a pesquisa tem papel essencial, pois, a partir dela, fortes evidências contribuirão para a tomada de decisão das melhores práticas para a atenção à população idosa e o controle de suas principais doenças crônicas.

Referências

- Barreto, M.S., & Marcon, S.S. (2014). Participação familiar no tratamento da hipertensão arterial na perspectiva do doente. *Texto Contexto Enferm*, 23(1), 38-46.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). *A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro*/ Brasil. Ministério da Saúde. Brasília (SP): Organização Pan-Americana da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Brasília (DF).
- Brasil. Ministério da Saúde (2006). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
- Bussche, H.V.D., Koller, D., Kolonko, T., Hansen, H., Wegscheider, K., & Glaeske, G. (2011). Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. *BMC Public Health*, 11(101), 1-9.
- Campolina, A.G., Adami, F., Santos, J.L.F., & Lebrão, M.L. (2013). A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. *Cad Saúde Pública*, 29(6), 1217-1229.
- Duncan, B.B., Chor, D., Aquino, E.M.L., Bensenor, I.M., Mill, J.G., & Schmidt, M.I. (2012). Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública*, 46(1), 126-134.
- Elsen, I., Souza, A.I.J., Prospero, E.N.S., & Barcellos, W.B.E. (2009). O cuidado profissional às famílias que vivenciam a doença crônica em seu cotidiano. *Ciênc Cuid Saúde*, 8(Supl), 11-22.

- Goulart, F.A.A. (2011). Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde. Recuperado em 25 junho, 2014, de: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf.
- Kanso, S., Romero, D.E., Leite, I.C., & Moraes, E.M. (2011). Diferenciais geográficos, socioeconômicos e demográficos da qualidade da informação da causa básica de morte dos idosos no Brasil. *Cad Saúde Pública*, 27(7), 1323-1339.
- Katon, W.J., Lin, E.H.B., Korff, M.V., Ciechanowski, P., Ludman, E.J., Young, B., *et al.* (2010). Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses. *N Engl J Med*, 363, 2611-2620.
- Laurenti, R., Jorge, M.H.P.M., & Gotlieb, S.L.D. (2013). Estatísticas de mortalidade e seus usos. *Rev eletr com inf inov saúde*, 7(2), 245-252.
- Mendes, E.V. (2013). 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*, 27(78), 27-34.
- Moreira, R.M., Santos, C.E.S., Couto, E.S., Teixeira, J.R.B., & Souza, R.M.M.M. (2013). Qualidade de vida, Saúde e Política Pública de Idosos no Brasil: uma reflexão teórica. São Paulo (SP): *Revista Kairós Gerontologia*, 16(1), 27-38. URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17629/13128>.
- Oliveira, C.M., & Casanova, A.O. (2009). Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciênc Saúde Colet*, 14(3), 929-936.
- Onder, G., Carpenter, I., Soveri, H.F., Gindin, J., Frijters, D., Henrard, J.C., *et al.* (2012). Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long Term care (SHELTER) study. *BMC Health Services Research*, 12(5), 1-10.
- Pan American Health Organization (PAHO)/ World Health Organization (WHO). (2012). Improving Chronic Illness Care through Integrated Health Service Delivery Networks, Washington.
- Rissardo, L.K., Barreto, M.S., Oliveira, A.P., Marcon, S.S., & Carreira, L. (2012). Influence of hypertension and treatment in the quality of life of elderly. *Rev enferm UFPE*, 6(12), 2918-2926. (on line, internet. Cited 2014, June 25). Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3140/pdf_1731.
- Santos, V.C.F., Kalsing, A., Ruiz, E.N.F., Roese, A., & Gerhardt, T.E. (2013). Perfil das internações por doenças crônicas não-transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da metade sul do RS. *Rev Gaúcha Enferm*, 34(3), 124-131.
- Silveira, C.L., Budó, M.L.D., Silva, F.M., Beuter, M., & Schimith, M.D. (2009). Rede social das cuidadoras de familiares com doença crônica incapacitante no domicílio: implicações para a enfermagem. *Ciênc Cuid Saúde*, 8(4), 667-674.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*, 95(Supl. 1), 1-51.
- Tavares, D.M. dos S., Paiva, M.M. de, Dias, F.A., Diniz, M.A., & Martins, N.P.F. (2013) Socio-demographic characteristics and quality of life of elderly patients with systemic arterial hypertension who live in rural areas: the importance of nurses' role. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21(2), 515-522.
- Veras, R.P. (2009) Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*, 43(3), 548-554.
- Veras, R.P. (2012). Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. *Rev. Saúde Pública*, 46(6), 929-934.

World Health Organization (WHO). (2005). Preventing Chronic Diseases a vital investments. Geneva. URL: <http://www.who.int/sorry/en/>.

Recebido em 15/11/2014

Aceito em 27/02/2015

Mayckel da Silva Barreto - Enfermeiro, Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PSE), Universidade Estadual de Maringá (UEM). Coordenador do Curso de Enfermagem da Faculdade Intermunicipal do Noroeste do Paraná (FACINOR). Professor e Coordenador Adjunto do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Mandaguari (FAFIMAN), Maringá (PR), Brasil. Coordenador no Brasil da “Red Internacional de Enfermería en Cuidados Críticos”, da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)/Organização Mundial de Saúde (OMS).

E-mail: mayckelbar@gmail.com

Lígia Carreira - Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá (PR), Brasil.

E-mail: ligiacarreira.uem@gmail.com

Sonia Silva Marcon - Enfermeira, Doutora em Filosofia da Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá (PR), Brasil.

E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com