

ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: DESAFIOS E INOVAÇÕES NECESSÁRIAS PARA O SETOR SAÚDE

RENATO VERAS

RESUMO

O rápido crescimento da população de idosos vem produzindo grande impacto no sistema de saúde, com elevação dos custos e mais utilização dos serviços. Para um correto manejo desta nova realidade é importante, primeiramente, entender a dimensão do conceito da compressão da morbidade – termo cunhado por Fries –, que fundamenta a concepção do estilo de vida e a lógica da vida saudável. Assim, a teoria das três estruturas de prevenção de Leavel & Clark é discutida do ponto de vista da aplicação e operacionalidade para com os idosos. E é proposta sua ampliação, com a subdivisão de cada uma das três estruturas preventivas. A partir deste novo arranjo, visa-se uma ação integrada dos conceitos preventivos para uma ação mais efetiva. Defende-se o desenvolvimento de um modelo de atenção ao idoso – que incorpore a identificação, a avaliação e o tratamento com perfis mórbidos e funcionais variados – que possa ser aplicado nas variadas modalidades assistenciais. As ações devem ser diferenciadas pela profundidade e abrangência dos cuidados, organizadas em níveis crescentes de

complexidade e capazes de selecionar subgrupos de indivíduos que, por suas características de risco, devem progredir, distintamente, na estrutura de atenção. A proposta é racional, já testada na UnATI/ UERJ, e merecedora de uma aplicação mais ampla.

PALAVRAS-CHAVE: *Saúde coletiva; Saúde pública; Envelhecimento populacional; Planejamento em saúde; Prevenção.*

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da Saúde Pública contemporânea. Este fenômeno foi observado inicialmente em países desenvolvidos. Porém, mais recentemente, tem ocorrido de forma bem acentuada nos países em desenvolvimento. No Brasil, o número de idosos – 60 anos ou mais de idade – passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 18 milhões, nos dias atuais. Um aumento de 600% em pouco menos de cinquenta anos. Crescimento maior está por vir, estima-se que alcançará 32 milhões em 2020. Em países como a Bélgica, por exemplo, foram necessários cem anos para que a população idosa dobrasse de tamanho.

Em paralelo às modificações observadas na pirâmide populacional, doenças próprias do envelhecimento ganham maior expressão no conjunto da sociedade. Um dos resultados dessa dinâmica é a procura maior por serviços de saúde. Aliás, este é um dos desafios atuais: escassez de recursos para uma demanda crescente. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidado permanente, medicação contínua e exames periódicos. Desta forma, o envelhecimento populacional se traduz em maior carga de doenças na população, mais incapacidades e crescimento do uso dos serviços de saúde.

Estudos recentes têm mostrado que as doenças ou condições crônicas – e as incapacidades delas resultantes – não são consequências inevitáveis do envelhecimento. E que a prevenção é efetiva em qualquer nível, mesmo nas fases mais tardias da vida. Evidencia-se assim que a ênfase na prevenção é a chave que pode mudar o quadro atual.

Entre os pesquisadores brasileiros, nas duas últimas décadas, têm-se discutido o perfil do idoso e as repercussões do processo de transição demográfica e epidemiológica. A presente abordagem vai tratar de outras duas questões pouco exploradas e também importantes.

A primeira se refere à tese de Fries^{3,2} da compressão da morbidade e suas implicações nos modelos preventivos, a partir da informação epidemiológica dos fatores de risco. O segundo enfoque será a discussão de estratégias diferenciadas na assistência ao idoso, em todas as suas fases de intervenção.

O CONCEITO DE FATOR DE RISCO

A expressão “fator de risco” é utilizada em Ciências da Saúde para indicar características

que aumentam a probabilidade de uma pessoa adoecer. A exposição a certo fator de risco significa que, antes de se tornar doente, o indivíduo entrou em contato com o fator de exposição, seja em um determinado momento seja durante um longo período de tempo^{4,13,15}.

Portanto, o conceito serve para se estabelecer predições a respeito da ocorrência de eventos mórbidos. A melhor maneira de se prever tais eventos é a experiência passada com um grande número de indivíduos portadores de fator ou de fatores de risco semelhantes^{14,4,13,5}. A lógica é simples. Se um fator de risco mantém uma associação do tipo causal com um evento mórbido, então a remoção deste fator pode ser usada na prevenção do evento, e assim se torna importante operador em procedimentos de redução de risco.

CAPACIDADE FUNCIONAL E PREVENÇÃO

O conceito de capacidade funcional assume importância central quando se pensa na elaboração de uma nova política de cuidado para o idoso baseada na qualidade de vida. Para evitar o excesso de consultas desnecessárias nos serviços de saúde, deve-se organizar uma estrutura distinta daquelas existentes para as demais faixas etárias. A maioria das doenças crônicas dos idosos tem seu principal fator de risco na própria idade. O que não impede que o idoso possa conduzir sua própria vida de forma autônoma e decidir sobre seus interesses sem ajuda de quem quer que seja. Esse idoso, que mantém sua autodeterminação¹, deve ser considerado um idoso saudável, ainda que apresente uma ou mais doenças crônicas. O conceito de capacidade funcional pode ser definido como a capacidade de se manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma⁵.

Do ponto de vista de Saúde Pública, este conceito é o mais adequado para se estruturar e viabilizar uma política de atenção à saúde do

1. Autodeterminação é a capacidade de o indivíduo poder exercer sua autonomia.

idoso. Portanto, todas as iniciativas de promoção de saúde, de assistência e de reabilitação em saúde devem ter como meta aprimorar, manter ou recuperar a capacidade funcional do indivíduo, valorizar a autonomia, ou autodeterminação, e a independência física e mental. O que vai além de simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas.

O objetivo é a manutenção da máxima capacidade funcional pelo maior tempo possível. A dependência, física ou mental, é um fator de risco importante para mortalidade, mais até do que as próprias doenças que levaram à dependência, já que nem todo doente se torna dependente. Dentro deste contexto, devem se estabelecer as novas prioridades e as novas ações de saúde que deverão nortear as políticas de saúde deste século^{6,10,18}.

As diretrizes básicas da Política Nacional de Saúde do Idoso são bom exemplo das preocupações com a promoção do envelhecimento saudável, com a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, com a prevenção de doenças, com a recuperação da saúde dos que adoecem e com a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida⁵.

A COMPRESSÃO DA MORBIDADE

A partir das evidências das transformações do setor Saúde, decorrência do envelhecimento populacional, ênfase especial deve ser dirigida ao cuidado do paciente com doença crônica, em sua maior parte pertencente à faixa etária dos idosos. A proposta-chave para os idosos é postergar, ao máximo possível, o início da doença, pois elas, em sua imensa maioria, são crônicas e, uma vez instaladas, não mais regredem, restringindo a atuação médica ao controle de seu tempo de progressão. Deve-se buscar a compressão da morbidade – termo cunhado por Fries –, o que significa desenvolver estratégias que visem postergar a morte ao máximo possível, retardando a evolução das doenças, a fim de levar a vida para o limiar mais próximo do limite máximo da existência da espécie humana.

Portanto, os trabalhos publicados por Fries, no início da década de 1980, tiveram grande impacto nos arranjos e nos modelos assistenciais atuais, e pela sua relevância precisam ser melhor compreendidos. Para este pesquisador, o relógio biológico da espécie humana atingia de 90 a 95 anos, valores até então aceitos por vários estudiosos. Por se tratar de uma média, alguns grupos sociais podiam ter este limite um pouco mais ampliado, e outros, reduzido. Admite-se, também, que estes valores já estejam superados e que nas próximas décadas, com a disseminação da engenharia genética, possivelmente o relógio biológico se ampliará ainda mais, alcançando de 120 a 130 anos. Portanto, pelo menos com os conhecimentos atuais, a vida é finita e seu tempo de término é, grosso modo, estimado.

Por definição, o “relógio biológico” é o período máximo de vida para todos os seres vivos. Assim, se é excepcional para um cachorro viver mais do que 15 anos, um rato, 3 anos, ou um elefante, 70 anos, para a espécie humana esse “relógio biológico” se situava na década de 1980, para estes autores, em torno dos 90 anos². Portanto, quanto maior o número de pessoas que atingem idades próximas ao limite biológico de vida para a espécie humana, menor é a chance de que a expectativa de vida ao nascimento possa crescer de modo significativo.

O indicador “Expectativa de vida ao nascer” tem características diferentes, ele estima o número médio de anos que uma coorte de recém-nascidos esperaria viver se estivesse sujeito a um padrão de mortalidade observado em uma dada população durante um dado período. Este indicador se amplia em todo o mundo e o esforço que deve ser feito é para que o tempo provável de vida se aproxime o máximo possível do limite biológico. Nunca é demais lembrar que, em 1900, um brasileiro tinha a expectativa de vida ao nascer de 33 anos. Em 2000 esta expectativa alcançou os 68 anos e hoje já ultrapassa os 70 anos. Dobrou-se o tempo de vida de um brasileiro em apenas 100 anos. Certamente esta foi uma das maiores conquistas do último século.

A tese de Fries, no entanto, não se restringe

à redução do período entre “expectativa de vida ao nascer” e o limite biológico da vida. Fries fundamenta o conceito “estilo de vida saudável”² e cria as bases lógicas para que o indivíduo “exerça” a opção, ou não, de se aproximar do limite do relógio biológico. Ao sugerir a compressão da morbidade, o pesquisador está dizendo que as informações científicas disponíveis já estão bem consolidadas e são de amplo domínio público, o que permite transferir para cada um a escolha pela qualidade e pelo tempo de vida, além de informar para a sociedade àqueles que estão abrindo mão dos avanços do conhecimento.

Em outras palavras, se um indivíduo não segue os preceitos estabelecidos como adequados e opta pelo uso de tabaco, de álcool, leva uma vida estressada, ingere grande quantidade de gordura animal, consome açúcar e sal em excesso, não faz atividade física, ou seja, não leva uma vida definida como saudável, ele, individualmente, está abrindo mão da possibilidade de viver mais e, de forma consciente, está optando em reduzir anos de sua vida. Só que a sociedade será penalizada, pois sua opção implicará em ampliação de custos e esta conta será socializada por todos os cidadãos.

A concepção teórica do modelo peca pela simplificação. Sabemos que ninguém opta por conviver com um fator de risco por masoquismo. O fumante sabe e sente os malefícios do seu vício. No entanto, deixar de fumar passa por fatores bem mais complexos do que a simples informação ou desejo das autoridades sanitárias. Deve-se levar em consideração a vida afetiva, os fatores sociais, os valores culturais, a situação econômica, entre outros pontos. Portanto, a informação científica é um dos elementos que, dentro de um modelo competente, poderá contribuir para a mudança de hábitos. Mas não é o único. Portanto, vários e complexos fatores contribuem para a ampliação do tempo de vida,

com a capacidade funcional preservada. Para mudar é necessário estabelecer estratégias que dêem conta das intrincadas relações sociais nas quais todos estão inseridos.

Há um forte componente ideológico na concepção de Fries. Ele busca penalizar os indivíduos infratores, ou seja, todos aqueles que não seguem a cartilha do *life style*. Radicalizando o pensamento do pesquisador norte-americano, ele propõe, a partir das informações epidemiológicas, traçar-se um perfil individual de risco de cada cidadão, o que poderá implicar em se definir valores diferenciados de risco e levar ao extremo de estabelecer prêmios individualizados para cada associado de planos de saúde como, aliás, já existe para seguro de carros.

OPERACIONALIZAÇÃO DE UM MODELO PREVENTIVO

Embora os principais conceitos de prevenção da saúde já estejam assimilados pelos profissionais da área, percebe-se muita dificuldade na operacionalização, particularmente quando nos concentramos no grupo etário dos idosos. Quando se observa a prática de saúde, principalmente no setor privado, vê-se que apesar do discurso de prevenção estar presente, em sua maioria, os serviços são curativos e tradicionais. O argumento usado é que, do ponto de vista financeiro, é difícil mensurar a eficácia para tais programas. Desde a Carta de Ottawa^{1,11} já havia a preocupação em se demonstrar a efetividade do modelo preventivo e de se caracterizar práticas eficazes que conduzam à mudança nos determinantes de saúde. Portanto, apesar de a dicotomia continuar presente entre o discurso – amplamente incorporado – e a sua implementação – pouco executada – há que se reconhecer que alguns passos já foram dados.

2. Os termos “vida saudável” e “qualidade de vida” são bastante genéricos. São conceitos dotados de um senso comum variável de um indivíduo ao outro. Qualidade de vida pode ser definida como a distância entre as expectativas individuais e a realidade, e quanto menor a distância, melhor.

3. Na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, foi elaborado um documento (Carta de Intenções), que visava contribuir para se atingir a meta “Saúde para Todos no Ano 2000”.

4. O termo prevenção não é garantia de um programa efetivo. Existem inúmeros programas e ações de promoção de saúde e de prevenção primária ineficientes.

O DIAGNÓSTICO PRECOCE E O MONITORAMENTO DA SAÚDE

Vivemos no século da informação e no campo da Saúde Coletiva a informação epidemiológica deve ser valorizada por sua capacidade de prever eventos e de possibilitar o diagnóstico precoce. Em especial, em relação às doenças crônicas. E assim retardar o aparecimento desses agravos e melhorar a qualidade de vida e a abordagem terapêutica¹².

O monitoramento das condições de saúde de uma dada população, assim como dos fatores associados a essas condições, é um instrumento chave para orientar estratégias de prevenção, que devem ter como objetivo:

- interferir favoravelmente na história natural da doença;
- antecipar o surgimento de complicações;
- prevenir as exacerbações e complicações das doenças crônicas;
- aumentar o envolvimento do paciente no autocuidado;
- construir uma base de dados sobre os doentes crônicos.

O modelo clássico de prevenção sistematizado no livro 'Medicina Preventiva', de Leavell & Clarck⁷, não tem sido aplicado de forma completa, pois apenas valoriza uma dimensão para cada um dos três níveis de prevenção – primária, secundária e terciária – propostos pelos autores. Leavell e Clarck preconizavam dois níveis para a prevenção primária e dois para a prevenção secundária. Para os idosos, propomos avançar este conceito e trabalhar em todos os três níveis preventivos com dois graus distintos de intervenção.

PREVENÇÃO PRIMÁRIA

Devemos entender a prevenção primária para os idosos em dois planos: 1) o da prevenção de agravos à saúde, ou seja, das ações que tentam evitar a instalação de quadros mórbidos, o que inclui as vacinas e os programas de promoção

e de educação em saúde; e 2) o da detecção precoce de problemas de saúde potenciais, ou já instalados, cujo avanço poderá pôr em risco as habilidades e a autonomia dos idosos. O instrumental indicado é o da Epidemiologia, isto é, do movimento que visa à antecipação diagnóstica, antes da sua instalação ou em fase ainda bastante branda, para postergar a manifestação da doença para um estágio mais avançado, pelo mais longo espaço de tempo quanto possível¹⁷.

Dentre as ações de prevenção primária envolvidas no primeiro nível, está a aplicação de vacinas – medida já consolidada para a infância, mas com prática ainda limitada e recente entre idosos. Exemplos de medidas eficazes do primeiro nível de prevenção primária são as vacinas contra o tétano, a pneumonia pneumocócica e a *influenza* – que representam problemas sérios entre os idosos no Brasil e que são preconizadas pela Organização Mundial da Saúde para este grupo populacional –, além de programas educacionais, atividades físicas e grupos de convivência.

Já para o segundo nível da prevenção primária, que denominamos de “postergação preventiva primária”, é necessário implantar uma nova concepção de cuidado que requer um aporte do conhecimento epidemiológico. É preciso, portanto, estruturar programas visando à detecção de problemas de saúde ainda em fase de cura ou à redução do ritmo de evolução de uma doença crônica^{9,16}, com o uso de técnicas de screening, triagem e rastreamentos em unidades de saúde ou de Centros de Convivência.

Além do reforço das ações dirigidas à detecção precoce de enfermidades não transmissíveis – como a hipertensão arterial, a diabetes *mellitus* e a osteoporose – deverão ser introduzidas outras medidas, entre as quais se destacam:

- antecipação de danos sensoriais, com o rastreio precoce de danos auditivos, visuais e proprioceptivos;
- utilização dos protocolos próprios para situações comuns entre os idosos, tais como riscos de queda, alterações do humor e perdas cognitivas;

- prevenção de perdas dentárias e de outras afecções da cavidade bucal;
- prevenção de deficiências nutricionais;
- avaliação das capacidades e habilidades funcionais no ambiente domiciliar, com vista à prevenção de perda de independência e autonomia;
- prevenção do isolamento social, com a criação ou uso de oportunidades sociais, como clubes, Centros de Convivência, associações, entre outros.

Como se observa, a prevenção primária possui dois segmentos e ambos são fundamentais.

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

Para a operacionalização da prevenção secundária, faz-se necessária atuação também em dois níveis: 1) identificar aqueles pacientes que permitam agendamento para um médico clínico, não geriatra, devidamente treinado e habilitado a lidar com idosos, e; 2) a criação de mecanismos para identificar os idosos de maior risco, com necessidade de intervenção imediata. É necessário frisar que o Brasil já possui 18 milhões de idosos em sua população e tem apenas 660 médicos geriatras com titulação conferida pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Portanto, o médico geriatra é um profissional raro no mercado. E, deste modo, temos que preservá-lo para aqueles casos específicos e com síndromes geriátricas.

Também são necessários instrumentos com indicadores de saúde validados, que permitam a padronização do procedimento. Dessa forma, além da identificação do idoso de risco também será possível uma estratificação que permita a priorização de atendimento e utilização adequada dos recursos⁵. Com isso, poderá ser melhorado o atendimento, principalmente nos ambulatórios da rede pública, com a criação de critérios de prioridade vinculados à natureza da

demanda e não à regra cruel da hora de chegada na fila de espera.

Como se pode observar, os dois níveis de prevenção secundária propostos por Leavell & Clarck⁷ são aplicados na abordagem apresentada. Na formulação do conceito original em 1976, o primeiro nível seria o diagnóstico e o tratamento precoce, e o segundo nível a limitação da invalidez. Sugerimos atualizar a terminologia para diagnóstico e tratamento precoce para os idosos com capacidade funcional preservada – que poderiam ser atendidos no serviço por médicos clínicos ou generalistas não geriatras, desde que treinados e qualificados. E, para o segundo nível, para os idosos com múltiplas patologias geriátricas e fragilizados, ou seja, para pacientes que necessitam de acompanhamento especializado, mais pormenorizado e de maior complexidade.

O essencial é saber o quanto as doenças crônicas impedem o idoso de exercer suas atividades rotineiras de forma autônoma e independente. Portanto, a avaliação funcional é básica para se precisar diagnóstico, prognóstico e julgamento clínico adequados para o planejamento assistencial efetivo. A prática médica mostra que a diminuição da capacidade funcional⁵ do idoso é que o tornará dependente de um nível mais complexo de assistência. E ela poderá ser ocasionada pela evolução da própria patologia de base, por sua má administração e seqüelas, ou pela inadequada assistência recebida, seja familiar, social ou institucional.

Muitos idosos apresentam múltiplos problemas coexistentes e freqüentemente procuram inúmeros especialistas, sobrecarregando o sistema de saúde. Além de aumentar o custo da assistência, não representam necessariamente uma relação positiva de custo-efetividade, pois dela podem ocorrer iatrogenias⁶ importantes, com conseqüências indesejáveis.

Um dos “gargalos” do modelo assistencial é a insuficiente identificação e a precária capta-

5. Capacidade funcional é a capacidade de o indivíduo manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma; a avaliação do grau de capacidade funcional é feita mediante o uso de instrumentos multidimensionais.

6. Iatrogenia é qualquer agravo à saúde, causado por uma intervenção médica.

ção da clientela, que deveriam ser regidas pelo critério da severidade. Em geral, o primeiro atendimento ocorre em estágio avançado de uma patologia, o que aumenta os custos e reduz as possibilidades de prognóstico melhor. Outro nó está na abordagem médica tradicional, focada em uma queixa principal. O hábito de reunir todos os sintomas e sinais em um único diagnóstico certamente não se aplica aos idosos, que geralmente apresentam doenças crônicas e múltiplas que exigem acompanhamento médico constante e medicação contínua.

PREVENÇÃO TERCIÁRIA

À semelhança dos modelos de prevenção primária e secundária para os idosos, os programas terciários deveriam exibir duas vertentes. A lógica deve ser a mesma, deve-se trabalhar em dois níveis. O primeiro nível se dirige para aqueles que necessitam se restabelecer de seqüelas deixadas por doenças. E, para o segundo nível, deve-se incluir idosos que, pelos critérios atuais, ainda não são elegíveis para os programas de reabilitação, mas que desenvolverão agravos já previsíveis se não forem incorporados. O conhecimento atual e a ampliação do tempo de vida possibilitam a previsão de agravos futuros à saúde, ainda que no momento esteja nos estágios iniciais. A “reabilitação antecipada”, um dos níveis propostos para a prevenção terciária, significa ampliar a qualidade de vida para o idoso e sua família, e uma relação custo-benefício favorável aos sistemas de saúde.

SUMÁRIO DOS VÁRIOS ESTÁGIOS PREVENTIVOS

Um modelo de atenção à saúde do idoso que pretenda apresentar eficácia e eficiência precisa aplicar todos os níveis da prevenção e possuir um fluxo bem desenhado de ações de educação, de promoção à saúde, de prevenção de doenças evitáveis, de postergação de moléstia e de reabilitação de agravos. Deve, ainda, existir uma etapa de captação e identificação de idosos de risco distintos – além do acompanhamento – no qual

esteja incluída a possibilidade de tratamento de patologias não geriátricas e o referenciamento para cuidado geriátrico, quando houver a necessidade de tratamento especializado. Esta unidade, mais avançada e especializada, deve estar centrada na presença do médico e de profissionais de saúde com capacidade resolutive que atendam ao idoso fragilizado, com múltiplas síndromes geriátricas e perda de sua capacidade funcional, com ações tanto de tratamento como de reabilitação.

CONCLUSÃO

As sugestões apresentadas fazem parte dos modelos assistenciais praticados pela UnATI/UERJ e testados ao longo dos últimos anos, demonstrando eficácia e eficiência, motivo de inúmeras publicações em artigos científicos.

O propósito deste texto é o de descrever os conceitos desta proposta assistencial que integra os vários momentos de cuidados, desde aqueles dirigidos ao idoso autônomo, independente, ativo e saudável, como ao idoso fragilizado e com múltiplas patologias, que demanda intervenções dispendiosas e complexas.

Por uma questão de saúde pública, de economia e de cidadania, faz-se evidente que o serviço público e as empresas privadas de saúde deveriam inovar e oferecer uma atenção mais adequada, contemporânea e resolutive para o idoso.

REFERÊNCIAS

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Promoção da Saúde: declaração de alma-ata. Carta de Otawa, 2002.
2. FRIES, J. F.; CRAPO, L. M. *Vitality and aging: implications of the rectangular curve*. San Francisco: WH Freeman and Company, 1981.
3. FRIES, J. F. Aging, natural death and the compression of mortality. *N Engl J Med*, v. 303, p. 130-135, 1980.
4. FLETCHER, R. H. *et al.* *Clinical epidemiology: the essentials*. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins Co, 1996.
5. GORDILHO, A. *et al.* *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso*. Rio de Janeiro: UnATI / UERJ, 2000.

6. KATZ, S. *et al.* Studies of illness in the aged. the index of adl: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA, v. 21, n. 185, p. 914-9, 1963.
7. LEAVELL, S; CLARCK, E. G. Medicina Preventiva. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
8. LOURENÇO, R. A *et al.* Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda Rev Saúde Pública, v. 39 n. 2, p. 311-8, abr. 2005.
9. LOURENÇO, R. A; MOTTA, L. B. Prevenção de doenças e promoção de saúde na terceira idade. In: VERAS, R. P. (Org.). Terceira Idade: alternativas para uma sociedade em transição. Rio de Janeiro: Relume Dumará / UnATI/ UERJ, 1999.
10. MITTELMARK, M. B. The epidemiology of aging. In: HAZZARD, W. R. et. al. (eds.). Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. New York: McGraw-Hil, 1994. v. 11, p.135-51.
11. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. In: _____. Promoción de la salud: uma antologia. Washington: OPAS, 1996. p. 367-72. (Publicación científica, 557).
12. PARADELA, E. M. P; LOURENCO, R. A; VERAS R. P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Rev Saúde Pública, v. 39, n. 6, p. 918-23, dez. 2005.
13. ROTHMAN, K. J; GREENLAND, S. Modern epidemiology. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 1998.
14. SACKETT, D. L; HAYNES, R. B; TUGWELL, P. Clinical epidemiology: a basic science for Clinical Medicine. 2nd ed. Boston: Little, Brown and Company, 1991.
15. SZKLO, M; NIETO, F. J. Epidemiology: beyond the basics. Maryland: Aspen Publishers Inc, 2000.
16. VERAS R. P. O Brasil envelhecido e o preconceito social. In: _____. Terceira Idade: alternativas para uma sociedade em transição. Rio de Janeiro: UnATI / Relume / Dumará, 1999. p. 35-50.
17. VERAS R. P. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Cad Saúde Pública, v. 19 n. 3, p. 705-15, jun. 2003.
18. VERAS R. P. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. Revista USP, v. 51, p. 72-85, set./out. 2001.

ABSTRACT

Rapid growth in elderly populations is producing large impacts on healthcare systems, with increased costs and service utilization. To manage this new situation correctly, it is important firstly to understand the dimensions of the concept of compression of morbidity: a term coined by Fries forming the basis for the concept of lifestyle and the logic of a healthy life. Leavel & Clark's theory of three preventive structures is discussed from the viewpoint of applying them and putting them into operation for elderly people. It is proposed to expand each of them by subdivision. The aim from this new arrangement is to have integrated action between preventive concepts, for the action to be more effective.

Development of a care model for elderly people incorporating identification, evaluation and treatment with varying morbid and functional profiles is advocated, such that it can be applied within different care types. These actions should be differentiated regarding care depth and coverage. They should be organized in increasing levels of complexity and be capable of selecting subgroups of individuals who, because of their risk characteristics, should have distinct progress within the care structure. This proposal is rational, has already been tested at UnATI/ UERJ and deserves wider application.

KEYWORDS: Collective health; Public health; Population aging; Healthcare planning; Prevention.