

## O ENVELHECIMENTO E A SAÚDE

### THE AGING AND THE HEALTH

Maria Alice Amorim GARCIA<sup>1,4</sup>  
Maíra Giannini RODRIGUES<sup>2,4</sup>  
Renato dos Santos BOREGA<sup>3,4</sup>

#### RESUMO

O envelhecimento populacional vem sendo observado em todo o planeta. Projeções da Organização Mundial da Saúde para 2025 incluem o Brasil entre os dez países do mundo com maior contingente de pessoas com 60 anos ou mais. A proporção de idosos no Brasil passou de 6,3% em 1980 para 7,6% em 1996, estimando-se 14% em 2025. A esta mudança demográfica corresponde uma transição epidemiológica que resulta em um importante crescimento da demanda aos serviços sociais e de saúde. Com o envelhecimento aumenta o número de doenças por indivíduo e concentram-se os cuidados de saúde voltados a este grupo populacional. Entretanto, as doenças e limitações físicas não são conseqüências inevitáveis do envelhecimento e parte expressiva das causas de morbidade pode ser reduzida, desde que se acelere a reestruturação do sistema no sentido da promoção e proteção da saúde e do diagnóstico precoce e tratamento das doenças crônicas e das incapacidades associadas. O objetivo deste estudo foi estimar a magnitude do envelhecimento da população brasileira e descrever esta problemática de caráter multidimensional. Os autores realizaram uma revisão atualizada de trabalhos científicos acerca da morbidade, mortalidade,

<sup>(1)</sup> Faculdade de Medicina, Centro de Ciências da Vida, PUC-Campinas. Av. John Boyd Dunlop, s/n., Prédio Administrativo, 13059-900, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: M.A.A.GARCIA. E-mail: millas@lexxa.com.br

<sup>(2)</sup> Acadêmica, Faculdade de Medicina, Centro de Ciências da Vida. Bolsista de iniciação científica FAPIC/PUC-Campinas.

<sup>(3)</sup> Acadêmico, Faculdade de Medicina, Centro de Ciências da Vida. Bolsista de iniciação científica PIBIC/CNPq.

<sup>(4)</sup> Membros do Grupo de pesquisa Intervenções em saúde: avaliando intervenções e da Liga de Saúde do Idoso do Centro de Ciências da Vida, PUC-Campinas.

demanda de serviços de saúde e alternativas de cuidados. Estas informações são de fundamental importância para a identificação dos grupos de risco e para a elaboração de estratégias de intervenção que produzam um impacto positivo na qualidade de vida dos idosos.

**Termos de indexação:** envelhecimento da população, saúde do idoso, inquéritos de morbidade, promoção de saúde.

#### ABSTRACT

*The aging of the population, first observed in developed countries, is now a phenomenon in the developing world. Projections by the World Health Organization for the year 2025 include Brazil among the ten countries of the world with the highest contingent of people aged 60 years and over. The proportion of elderly in Brazil increased from 6.1% in 1980 to 7.9% in 1996, and it is estimated in 14% for the year 2025. This demographic transformation is associated with an epidemiological transition which results in an important increasing demand for health and social services. The aging implies a higher number of diseases, with the greatest need for health care services concentrated within this group. However, diseases and physical limitations are not inevitable consequences of aging. A significant part of the morbidity causes in the elderly can be reduced with the structural changes in health system, aiming to promote and protect health, as well as to make an early diagnosis and to provide treatment of chronic diseases and associated disabilities. The objective of this study was to estimate the magnitude of elderly population in Brazil and to describe the multidimensional problems involved in aging. The authors conducted a review of articles published in scientific journals about morbidity, mortality, demand for health care services and treatment alternatives. This information could be useful to identify the groups at greatest risk and to develop intervention strategies in order to produce a positive impact on the quality of life of older adults.*

**Index terms:** demographic aging, aging health, morbidity surveys, health promotion.

#### INTRODUÇÃO

O expressivo envelhecimento da população brasileira e a conseqüente transformação do perfil epidemiológico têm gerado necessárias mudanças nas políticas sociais, e no setor saúde, a revisão da formação de profissionais e da prática cotidiana<sup>1</sup>.

Há um conhecimento insuficiente das condições e problemas de saúde da população idosa em geral e, em especial, da brasileira. Constata-se também a tendência progressivamente crescente de gastos com assistência

médica dos idosos, mas cuja resolutividade é questionável<sup>1-3</sup>.

Além da mudança do padrão de morbidade, encontra-se em curso um processo de revisão das concepções acerca da saúde, da doença, do envelhecimento e da morte.

Os trabalhos relacionados a esta problemática chamam a atenção pelo fato dos idosos terem problemas considerados “coisas da idade”, ou agravos insolúveis, ou mesmo transtornos “esperados” que seriam passíveis de controle ou tratamento, permitindo um envelhecimento mais saudável<sup>1,4</sup>.

Também é importante a constatação do papel da família no cuidado do idoso e deste na composição da renda familiar. Esta interdependência explica a composição multigeracional expressa nas tendências demográficas atuais<sup>5</sup>.

Buscou-se por meio deste trabalho estudar a problemática da saúde do idoso no Brasil em seu caráter multidimensional.

Procedeu-se ao levantamento e a revisão atualizada de trabalhos científicos relacionados à morbidade, mortalidade, demanda de serviços de saúde e alternativas de cuidados voltados aos idosos brasileiros. Utilizou-se os bancos bibliográficos LILACS e MEDLINE dando preferência aos artigos mais recentes e/ou representativos de estudos acerca da temática proposta.

## TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA BRASILEIRA

Tem-se observado importante processo de envelhecimento da população de nosso país, nas últimas décadas, às custas do declínio da mortalidade a partir da década de 60 e da queda da fecundidade a partir de 80. Este fenômeno iniciado nas regiões mais desenvolvidas vem se estendendo a todas as regiões, urbanas ou rurais e classes sociais. A taxa de fecundidade total passou de 5,8 filhos por casal em 1970 para 2,7 em 1991 e 2,2 em 2000, redução superior a 50% nestes 30 anos<sup>6-8</sup>.

Tendo como principal fator o uso de métodos contraceptivos (em parte inadequados como a salpingotripsia), este declínio da fecundidade no Brasil tem ocorrido em uma velocidade muito maior que em outros países; em torno de 30 anos, em comparação com os 115 da França, os 85 da Suécia ou os 66 anos dos Estados Unidos<sup>7,8</sup>.

Como consequência deste processo, há o declínio relativo do número de jovens e o aumento da proporção de idosos, demonstrado no estreitamento da base e o alargamento

progressivo das outras faixas da pirâmide e o aumento da esperança de vida ao nascer, hoje em torno de 70 anos em média<sup>6</sup>.

Nos países desenvolvidos esta transição demográfica iniciada no século XIX acompanhou o processo de bem-estar social por meio do qual houve a ampliação das políticas sociais de saúde, habitação, saneamento, educação e emprego. No Brasil, entretanto, esta transição foi determinada mais pela ação médico-sanitária do que por transformações estruturais traduzidas em melhoria de qualidade de vida. Tem sido um fenômeno predominantemente urbano resultante, sobretudo, da migração motivada pela industrialização<sup>1,7,8</sup>.

Este fato é comprovado pela desigualdade com que se processa a queda da mortalidade e o aumento da esperança de vida. Entre o grupo populacional de melhor rendimento (superior a 5 salários-mínimos) da Região Sudeste, ela é semelhante a dos países desenvolvidos (75 anos), mas nas populações pobres do Nordeste (rendimento até meio salário mínimo) este índice está próximo aos 52 anos<sup>7</sup>.

Apesar disso, observa-se o aumento geral da sobrevida o que traz outro questionamento: o da qualidade destes derradeiros anos, em que apresentam-se as doenças crônicas, as conseqüentes incapacidades e o aumento da demanda aos serviços de saúde. Em outras palavras, a extensão da sobrevida tem levado ao prolongamento do período de doença, sofrimento e limitação física<sup>9,10</sup>.

Também é importante a constatação do papel da família no cuidado do idoso e deste na composição da renda familiar. Com a desmontagem do sistema de proteção social e as dificuldades de emprego, a renda média dos maiores de 60 anos passou a ser maior do que a dos jovens, ou seja, a independência do jovem está começando cada vez mais tarde o que adia a dependência do idoso. Como observado na Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios de

1996, além da renda decorrente da aposentadoria, maior em média do que a do jovem, o idoso tem em maior proporção domicílios próprios, o que lhe confere melhores condições objetivas de vida<sup>5</sup>.

Esta interdependência explica a composição multigeracional das famílias na qual residem os idosos (75,3% do total em Fortaleza), principalmente naquelas das regiões periféricas<sup>5,11,12</sup>.

### Morbi-mortalidade do idoso

Como repercussão da transição demográfica vem sendo observada uma transição epidemiológica ou dos padrões de morbi-mortalidade de características específicas. De modo diferenciado ao ocorrido nos países industrializados, ou mesmo nos vizinhos latino-americanos (Chile, Cuba, Costa Rica), não há uma substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas, mas a superposição destes grupos, a reintrodução de doenças como a dengue e cólera e o recrudescimento de outras doenças como a malária, a hanseníase e a leishmaniose (contra-transição). É um processo que não se resolve de forma clara, pois persistem os diferentes padrões (transição prolongada) e as desigualdades em diferentes níveis (polarização epidemiológica)<sup>7</sup>.

Em relação aos idosos, constata-se elevada proporção de mortes por causas mal definidas (65% do total) que reflete a falta de assistência médica e a dificuldade em estabelecer diagnósticos pela presença de múltiplas doenças<sup>2,13</sup>.

Os três principais grupos de causas definidas de falecimento dos idosos são compostos por problemas evitáveis, sendo em ordem decrescente: 1) Doenças do aparelho circulatório (cerebrovasculares e isquêmicas do coração): aumentam com a idade e têm por

fatores a exposição ao tabaco, a inatividade física, a obesidade, a dislipidemia e o controle inadequado da hipertensão arterial e da diabetes, que são consideravelmente modificáveis na atualidade; 2) Neoplasias: predominam as preveníveis por meio da exposição ao tabaco (traquéia, brônquios e pulmões) e do diagnóstico precoce (próstata e mamas); 3) Doenças respiratórias (pulmonares obstrutivas e a pneumonia): acometem principalmente os homens e apresentam tendência crescente desde 1980, podendo ser reduzidas com a vacinação contra a pneumonia e o controle do tabagismo<sup>2,13</sup>.

Quanto aos estudos de morbidade apesar de caracterizarem de um modo mais expressivo o estado de saúde de uma população, sua operacionalização entre os idosos é ainda mais difícil devido à complexidade e multiplicidade de manifestações clínicas e fisiopatológicas. Há um quadro de agravos concomitantes e a identificação de problemas anteriormente considerados esperados para a idade. É o exemplo dos danos cardiovasculares que comprovou-se em estudos prospectivos recentes que diminuiriam com o tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistólica isolada<sup>14</sup>.

Constata-se a carência de informações de morbidade dos idosos, sendo que as existentes, em sua maior parte, referem-se a dados de demanda em serviços nos quais há limitações decorrentes dos registros e da não definição de critérios universais de diagnósticos, anamneses e exames. Este fato é agravado pela precariedade do acesso assistencial desta população<sup>2,3</sup>.

Importante estudo de coorte de idosos (1 742 pessoas) vem sendo desenvolvido desde 1996 na cidade de Bambuí em Minas Gerais, mas os resultados relativos à morbidade ainda não estão sendo disponibilizados<sup>15</sup>.

Estudo significativo visando traçar o perfil dos idosos residentes em zona urbana no Brasil foi realizado em São Paulo, em 1984. Os resultados mostraram que a maioria dos idosos

viviam em condições de extrema pobreza, em domicílios multigeracionais, tendo elevada prevalência de doenças crônicas e distúrbios mentais, e em mais de 50% necessitando de ajuda parcial ou total para executar as atividades da vida diária. Entre os transtornos auto-referidos destacaram-se a hipertensão arterial em 36% dos entrevistados; a artrite ou reumatismo em 32%; as varizes em 28%; as doenças do coração em 23% e a diabetes em 10%<sup>11</sup>.

Sob a coordenação da Organização Pan Americana de Saúde, realizou-se outro estudo de caráter multicêntrico, em 1989, em seis países na América Latina visando levantar as necessidades de saúde dos idosos residentes em zona urbana. No Brasil foram inquiridos nos domicílios 1 602 idosos residentes no distrito de São Paulo, sendo 40% desta população composta por idosos do sexo masculino e 60% do feminino; 58% na faixa dos 60 aos 69 anos e 10% com 80 anos ou mais. Em relação à morbidade revelou-se que apenas 14% dos entrevistados consideravam-se livres de doenças crônicas (reumatismo, asma, hipertensão, má circulação, diabetes, derrame, lesões de pele, prisão de ventre e insônia). Entre os de menor poder aquisitivo, 17% referiram a presença de pelo menos cinco destas condições simultâneas e um terço foi considerado “caso” no *screening* de saúde mental<sup>11,12</sup>.

Ramos (1999)<sup>12</sup> realizou um inquérito domiciliar no município de Fortaleza (Região Nordeste) com metodologia semelhante ao da cidade de São Paulo. Dos 667 idosos entrevistados, 53,0% concentravam-se na faixa de 60 a 69 anos e 15,0% com 80 ou mais; 34,0% eram do sexo masculino e 66,0% do sexo feminino. Somente 7,6% não referiram qualquer problema crônico de saúde, 78,1% de um a cinco doenças e 14,3% mais de cinco. Entre as enfermidades referidas destacaram-se: o comprometimento (péssimo ou ruim) da acuidade visual (65,2%); a acuidade auditiva ruim em 26,8%; a ausência de dentes em 51,4%; pelo

menos um episódio de queda no último ano em um terço dos entrevistados e 26,4% como “casos” no rastreamento de saúde mental. A maioria (61,4%) informou ter procurado um serviço de saúde pelo menos uma vez nos últimos seis meses e 6,6% relataram pelo menos uma internação.

Como no estudo realizado em São Paulo, os idosos residentes nas periferias com menor nível socioeconômico apresentaram os piores indicadores. Quanto ao comportamento da morbidade das mulheres os dois estudos (São Paulo e Fortaleza) foram semelhantes. Sua maior longevidade, a tendência crescente à ficarem sozinhas e a presença de maior número de doenças crônicas, devem ser levados em conta nos programas de atenção ao idoso<sup>11,12</sup>.

### **Incapacidades e transtornos psicossociais**

O quadro anteriormente traçado traz para questionamento a qualidade da sobrevivência dos idosos, pois acumulam-se doenças crônicas e incapacidades que demandam assistência nem sempre acessíveis e de qualidade.

As condições biológicas, psico-emocionais, socioculturais e político-econômico dos idosos convergem em multicausalidade como fatores de risco para as enfermidades mentais. Resultados de estudos nas comunidades, realizados especificamente para estudar esta problemática, revelam a presença marcante de problemas psico-orgânicos como a demência, a Síndrome Cerebral Orgânica e a depressão<sup>16</sup>.

Desse modo, vêm sendo desenvolvidos instrumentos que facilitam a detecção dos problemas mentais em idosos, tais como o Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos (QMPA); o *Present State Examination* (PSE) e o *Brazilian Old Age Schedule* (BOAS)<sup>16</sup>.

A avaliação da incapacidade entre os idosos também é importante, podendo-se utilizar

as escalas de Atividade de Vida Diária (AVD) e Atividade Instrumental de Vida Diária (AIVD) que incluem: preparar refeições, fazer a limpeza da casa, tomar remédios, pentear-se, andar no plano, comer, tomar banho, vestir-se, deitar/levantar da cama, ir ao banheiro em tempo, cortar as unhas dos pés, subir um lance de escada, ir a um lugar necessitando condução e ir andando a um lugar perto de casa<sup>11,17,18</sup>.

No inquérito realizado em São Paulo, 53% dos idosos referiu independência, 10% ajuda em três a seis AVD e 7% em sete ou mais atividades. Em Fortaleza, 47,7% dos entrevistados relatou ter alguma perda de dependência, sendo 12,7% em situação crítica, ou seja, necessitando ajuda em pelo menos quatro AVD<sup>11,12</sup>.

Outro tipo de dado que permite uma aproximação quanto às condições de incapacidade refere-se àqueles portadores de algum tipo de deficiência. Na população geral, há 1,4% de registro de deficiências (no CENSO de 1991) e entre as pessoas de 60 anos ou mais 23,7%, destacando-se as paralisias, a surdez, a cegueira e a deficiência mental<sup>9,10</sup>.

Um problema que merece destaque no idoso é a perda de força e massa muscular que é acarretada pela inatividade física e não um resultado normal da idade. A instabilidade postural e queda representam a principal causa de incapacidade entre os idosos, estando presentes em 30% das pessoas que vivem em casa e 50% dos institucionalizados. Em 53% dos casos não há evidências de ferimentos, mas há o receio de uma nova queda. Entre as lesões, as fraturas são as que trazem seqüelas mais importantes, principalmente as da cabeça do fêmur. As pessoas com estas fraturas falecem dentro de um ano e metade dos sobreviventes torna-se incapaz. As mulheres são mais vulneráveis a este problema devido à maior longevidade e à osteoporoze<sup>19,20</sup>.

Entre os fatores intrínsecos responsáveis pelas quedas há as alterações fisiológicas da

postura, movimentos e percepção, envelhecimento ocular, presbiacusia, isolamento (quadro depressivo), enfraquecimento muscular, hipotensão ortostática (diminuição da complacência vascular). Quanto às doenças que levam à instabilidade destacam-se: a osteoartrose, a debilidade muscular pelo desuso, as seqüelas de fraturas, as deformidades dos pés, as enfermidades oculares (cataratas, glaucoma, degeneração macular) e auditivas, as enfermidades neurológicas (vestibulares, vasculares encefálicas, neuropatias periféricas, Parkinson), enfermidades cardíacas (arritmias, ICC, coronariopatias)<sup>20</sup>.

Este complexo quadro de morbidade dos idosos com elevada prevalência de doenças crônicas resulta na perda de independência funcional e autonomia, que por sua vez agravam sua condição clínica. O ambiente doméstico e urbano de nossas cidades (ruas, calçadas, transporte, prédios, casas) não são projetados pensando nos idosos e constituem verdadeiras barreiras arquitetônicas à independência funcional desta população<sup>8,9</sup>.

## O cuidado do idoso

A atenção à saúde do idoso foi considerada prioritária pela primeira vez na Oitava Conferência Nacional da Saúde, em 1986. Em conformidade com a legislação atual, a portaria 1 395 aprovada em 1999 estabelece a Política de Saúde do Idoso com base nas seguintes diretrizes: a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde, a reabilitação da capacidade funcional, a capacitação dos recursos humanos, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas. Tal regulamentação define as prioridades e competências para os diferentes níveis do sistema, sendo o resultado do trabalho de comissões e grupos implantados após aquela conferência<sup>1,21</sup>.

De iniciativas consideradas tímidas vem sendo implantada uma política de atenção que permita enfrentar a complexa problemática do idoso. Sabe-se, entretanto, que esta abordagem ainda é precária em vários aspectos: no conhecimento das especificidades fisio-patológicas e clínicas, na adequação da assistência hospitalar e ambulatorial, na difusão dos estudos geriátricos junto aos profissionais, na reformulação das escolas médicas direcionada ao padrão demográfico e na apropriação de recursos técnicos e humanos para enfrentar o acelerado aumento deste contingente populacional<sup>1</sup>.

Os idosos são mais suscetíveis às doenças e, portanto, usuários mais assíduos dos serviços de saúde, pois além dos agravos de caráter crônico-degenerativo implicarem em tratamentos de duração mais longa e recuperação mais lenta e complicada, exigem intervenções custosas. Necessitam de exames mais apurados que envolvem tecnologias avançadas e seus problemas apresentam uma tendência crescente. A partir da entrada no sistema de prestação de serviços o uso dos mesmos é prolongado e na maior parte das vezes contínuo<sup>21</sup>.

Em geral, os idosos ao representar em torno de 10% da população geral, acabam utilizando 30% a 40% dos serviços ambulatoriais e hospitalares e 30% dos gastos em saúde. Na Inglaterra onde o contingente acima de 65 anos é de 17% do total, os gastos referentes ao setor para esta parcela populacional são de 60%; os custos da atenção aos idosos com mais de 75 anos são sete vezes mais altos do que os despendidos com outras faixas etárias<sup>10</sup>.

De acordo com Reis (2000)<sup>3</sup>, o gasto dos idosos com saúde foi de R\$1 bilhão em 1996, sendo os medicamentos responsáveis por mais de um terço desse total. Isso acontece porque, além dos freqüentes aumentos de preços, os fármacos produzidos pelos laboratórios federais, estaduais e municipais não cobrem as necessidades da população. Foram também

importantes fatores de gastos para os idosos, os planos e os profissionais de saúde.

Dados do município de São Paulo demonstram que os idosos, não causam um impacto muito grande nos atendimentos ambulatoriais da rede básica. Já no atendimento de Pronto-Socorro, são os que mais freqüentam, recebendo uma atenção pouco resolutive<sup>8</sup>.

Em relação às internações hospitalares observam-se inúmeras discrepâncias. Segundo dados do Sistema Único de Saúde para 1995: 7,8% das autorizações hospitalares correspondiam ao segmento etário de 60 anos ou mais; a taxa de hospitalização (número de hospitalizações/1000 habitantes ao ano) era de 197,2 para esta faixa, 52,6 para a faixa de zero a 14 anos e 92,7 para o segmento de 15 a 59 anos; o tempo médio de permanência de 7,1 dias para os idosos e 5,0 dias para as outras faixas; e o índice de hospitalização (número de dias de hospitalização por habitante/ano) de 1,4 para o idoso, 0,47 para o adulto e 0,29 para a faixa de zero a 14 anos<sup>8</sup>.

As distorções no atendimento hospitalar do idoso se evidenciam por meio destes dados, em especial, pela baixa média de permanência hospitalar decorrente da forma de repasse de recursos financeiros que leva a altas precoces e reincidentes internações pelos mesmos problemas. Há um importante gasto com o idoso que não reverte em seu benefício. Não há uma abordagem psicossocial adequada e uma triagem de reabilitação na alta hospitalar<sup>2,8</sup>.

Quanto ao cuidado geral, as atividades da vida diária não são levadas em conta e seu estado nutricional é abordado superficialmente. Muitos problemas nem são diagnosticados, pois a consulta médica tradicional enfoca a queixa principal que orienta toda a anamnese e os idosos, freqüentemente, apresentam vários problemas concomitantes (75% com três problemas e 50% com sete)<sup>4,8</sup>.

Alguns problemas considerados típicos da terceira idade nem sempre são identificados ou cuidados. Em trabalho realizado em Porto Alegre constatou-se, em relação aos “Gigantes da geriatria”<sup>8</sup>: Incontinência urinária: tem alta prevalência (31,4%), mas 78,2% dos idosos não tiveram este problema registrado no prontuário, somente 8% receberam algum cuidado e nenhum deles teve o problema investigado; Instabilidade postural: referida por 18,8% dos idosos e nenhum foi diagnosticado; Imobilidade: presente em 18,4% dos inquiridos, com taxa de diagnóstico de 31,4% destes e somente metade dos diagnosticados receberam tratamento apropriado; Demência: detectada em 5% e nenhum diagnosticado; *Delirium Tremens*: detectado em 6,1% e nenhum diagnosticado; Depressão: dos 10,1% dos pacientes diagnosticados com depressão maior segundo o *screening* DSM III-R, somente um paciente teve seu problema registrado e nem ele recebeu tratamento específico; alguns faziam uso de medicamentos que poderiam precipitar ou piorar a depressão.

## CONCLUSÃO

### Possibilidades de um envelhecimento saudável

Apesar da convivência de doenças crônico-degenerativas com doenças infecciosas e nutricionais, não se pode negar que os avanços da medicina e das políticas de saúde vêm contribuindo para o aumento da expectativa de vida. Essa elevação, entretanto, somente pode ser festejada se realmente for acompanhada por um aumento da qualidade de vida. Por isso é que o envelhecimento das sociedades vem se tornando um desafio permanente para os formuladores de políticas sociais e em especial a previdência e a saúde. Estas devem levar em conta não apenas o envelhecimento, mas também as diferenças de sexo e as desigualdades socioeconômicas existentes em nossa população.

No setor saúde a necessidade de ampliar a capacidade resolutive das Unidades Básicas e de Saúde da Família e do sistema como um todo, reformulando o modelo assistencial, tem implicado na revisão administrativa e do processo de informação. Na definição das estratégias de ação e em sua avaliação vem sendo incorporadas às tradicionalmente utilizadas (referentes à morbidade e ao padrão de uso dos serviços) informações qualitativas locais de atualização cotidiana.

O acelerado aumento dos idosos, a prevalência de múltiplos problemas crônicos associada às incapacidades e às condições socioeconômicas de privação tem gerado uma enorme demanda aos serviços de saúde. Há uma tendência maciça de ocupação de leitos hospitalares e a sobrecarga dos serviços básicos e das próprias famílias. Assim, o desafio é grande e requer a reestruturação do sistema nos níveis básico e hospitalar no sentido de promover a prevenção, o diagnóstico e tratamento precoce das doenças crônicas e incapacidades, procurando manter a autonomia do indivíduo<sup>9,11,22</sup>.

Estudos como o de Ramos (1993)<sup>11</sup> revelaram que 50% dos idosos necessitavam de ajuda para as atividades diárias, sendo que 7% apresentaram um estágio crítico de dependência que requer o atendimento domiciliar por parte do serviço e a orientação da família e comunidade no cuidado diário.

A prática regular de atividade física mesmo se iniciada após os 65 anos pode ampliar a longevidade, reduzir as taxas gerais de mortalidade, melhorar a capacidade fisiológica em portadores de doenças crônicas, reduzir o uso de medicamentos, prevenir o declínio cognitivo, manter o *status* funcional e melhorar a auto-estima<sup>4,18,22</sup>.

Outras ações já comprovadas na prevenção primária e secundária são: a abstenção do cigarro; o controle da hipertensão sistólica isolada; a realização de *screening* de neoplasias de mama, do colo uterino, do colorretal e de

próstata; a imunização contra influenza e pneumococo; as orientações higieno-dietéticas e a reposição hormonal para o controle da osteoporose; o aconselhamento ambiental para redução das quedas; o diagnóstico e tratamento precoce e orientação familiar quanto aos transtornos psicossociais<sup>4,16</sup>

A atenção em grupos pode contribuir sobremaneira para a melhor qualidade de vida do idoso, possibilitando a promoção, proteção e controle destas situações. A educação em saúde é a ferramenta mais eficaz no controle dos agravos acima citados.

Diversos estudos têm mostrado que o trabalho em grupos facilita o conhecimento das enfermidades, a aderência às práticas do auto-cuidado e de controle da doença e a convivência com os problemas<sup>23,24,25</sup>.

Por meio da ação educativa obtém-se melhores resultados clínicos como: redução do peso corporal, diminuição da hemoglobina glicosilada em diabéticos, controle dos lípides, adequação da dieta, realização de atividades físicas e melhora subjetiva do bem-estar<sup>26</sup>.

Constata-se que em consultas individuais é insatisfatório o oferecimento de orientações de saúde e o desenvolvimento do processo de educação sanitária<sup>25, 27</sup>.

A ação educativa em grupos pode facilitar o exercício da autodeterminação, da independência e da resiliência, entendida como o conjunto de forças psicológicas e biológicas exigidas para que uma pessoa, ou um grupo de pessoas, supere com sucesso os percalços, situações adversas ou situações estressantes. O grupo pode funcionar como uma rede de apoio que mobilize a aceitação do indivíduo e de seu problema, na busca de sentido para a vida, na auto-estima, e até mesmo, no senso de humor, aspectos essenciais para ampliar a resiliência e diminuir a vulnerabilidade das pessoas.

O grupo permite a discussão específica da problemática do envelhecimento, do “vestir o

pijama” ou viver com sabedoria, prazer e dignidade<sup>25</sup>.

Estas e outras ações pouco onerosas podem ser tomadas pelas equipes de saúde no sentido de promover o direito à saúde do idoso. O mais importante parece ser “a garantia de que continuarão sendo úteis e produtivos o maior tempo possível ao longo de suas vidas, exercendo atividades adequadas às suas potencialidades”<sup>27</sup>.

Assim, deve-se buscar o cuidado do idoso em seu sentido mais amplo, como indica Boff (1999)<sup>28</sup>, enquanto um modo-de-ser essencial, natural e constituinte do ser humano. “Sem o cuidado, ele deixa de ser humano (...) desestrutura-se, define-se, perde o sentido, morre”.

Este cuidado baseia-se em um conceito de saúde que ultrapassa o da Organização das Nações Unidas. Considerar a saúde “um estado de bem-estar total, corporal, espiritual e social e não apenas a inexistência de doença e fraqueza” é irreal, pois não é possível uma existência sem dor e sem morte<sup>28</sup>.

Assim, podemos entender o envelhecimento como um processo essencialmente benigno, não patológico, mas que pode ser ameaçado por agravos físicos, sociais e emocionais.

Esta noção introduz a subjetividade no conceito de saúde-doença. Alguém mortalmente doente pode ser saudável porque “nesta situação cresce, se humaniza e dá sentido à vida”<sup>28</sup>.

O entendimento do envelhecer e adoecer enquanto modo subjetivo de “andar a vida” implica em formas de cuidar que levem em conta o indivíduo em sua totalidade. Cuidar do corpo é uma “imensa tarefa; (...) implica cuidar da vida que o anima, cuidar do conjunto das relações com a realidade circundante (higiene, alimentação, ar, vestimenta, moradia, espaço ecológico); (...) significa a busca de assimilação criativa de tudo o que nos possa ocorrer na vida, compromissos e trabalhos, encontros signi-

ficativos e crises existenciais, sucessos e fracassos, saúde e sofrimento”<sup>28</sup>.

O cuidado ao idoso deve levar em conta o contexto familiar e social, sua rotina funcional e a presença de alterações tidas como próprias do envelhecer. Deve-se buscar inseri-lo no contexto, mantendo a independência no desempenho de suas funções rotineiras, domésticas e/ou ocupacionais.

Tais ações permitiriam ao idoso, mesmo doente, reintegrar as dimensões da vida são (individual, social e existencial) para que ela cure a dimensão-doença.

Concluindo com Boff (1999)<sup>28</sup>, podemos tornar nossa ação mais humanizada, competente, de qualidade e ao mesmo tempo um trabalho gostoso, feliz, ao compreendermos ser o cuidar mais que um ato: uma atitude que abrange “um momento de atenção, de zelo, e de desvelo” e “representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.

## REFERÊNCIAS

1. Política de saúde do idoso. Portaria n. 1.395/GM, 10/12/1999. Brasil: 1999. [online]. Ministério da saúde. [Acesso em: 20 maio 2002]. Disponível em: <http://www.funasa.br>
2. Mello Jorge MHP, Gotleib SLD, Laurenti R. A saúde do idoso. *In: A saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999*. Brasília: Organização Panamericana de Saúde; 2001. p.120-33.
3. Reis COO. O gasto dos idosos em saúde: sinal dos tempos. *Como vai? População Bras* 2000; 5(1):41-50.
4. Papaléo Netto M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. 524p.
5. Camarano AA, Tascom AR, Carneiro IG. Idoso brasileiro: dependência da família? *Como vai? População Bras* 1999; 4(1):3-11.
6. Indicadores demográficos. Brasil: Censo 2000 [online]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Acesso em: 26 jul. 2002]. Disponível em: [http://www.ibge.net/brasil\\_em\\_sintese/populacao](http://www.ibge.net/brasil_em_sintese/populacao)
7. Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(2):184-200.
8. Kalache A, Ramos LR, Veras RP, Silvestre JA. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. *Arq Geriatr Gerontol* 1996; 1(1):81-8.
9. Chagas AMR. Deficiências de saúde no Brasil e nas famílias brasileiras. *Como vai? População Bras* 1999; 4(1):29-44.
10. Ramos LR, Saad PM. Morbidade da população idosa. *In: SEADE o idoso na Grande São Paulo*. São Paulo: Fundação Seade; 1990. p.160-72. (Coleção Realidade Paulista).
11. Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1993; 27(2):87-94.
12. Ramos LR, Coelho Filho JM. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1999; 33(5):445-53.
13. Costa MFFL, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiol SUS* 2000; 9(1):23-41.
14. Santello JL. A hipertensão sistólica analisada sob o ponto de vista dos estudos populacionais. *Rev Bras Hipertensão* 1998; 5(1):53-6.
15. Costa MFFL, Uchoa E, Guerra HL. Estudo de Bambuí sobre saúde e envelhecimento: metodologia e resultados preliminares de coorte de estudo de idosos no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(2):126-35.
16. Veras RP, Coutinho E, Coeli CM. Transtornos Mentais em Idosos: a contribuição da epidemiologia. *In: Veras RP, organizador. Terceira Idade: desafios para o Terceiro Milênio*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1997. p.15-40.
17. Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility and instrumental activities

- of daily living. *J Am Geriatrics Soc* 1983; 31(12):721-27.
18. Kopiler DA. Atividade física na terceira idade. *RevSOCERJ* 1997; 10(1):40-51.
19. Ministério da Saúde (Brasil). A atenção ao idoso. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica; 2000. (Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família, 2).
20. Ministério da Saúde (Brasil). Atenção à saúde do idoso: instabilidade postural e queda. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica; 2000. (Cadernos de Atenção Básica: Programa de Saúde da Família, 4).
21. SaadPM, Cavalcanti MGPH. Os idosos no contexto da saúde pública. *In: O idoso na Grande São Paulo*. São Paulo: Fundação Seade; 1990. p:180-206. (Coleção Realidade Paulista).
22. Azevedo JRD. Ficar jovem leva tempo: um guia para viver melhor. São Paulo: Saraiva; 1998. 200p.
23. Moreira MMS. Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. 100p.
24. Teixeira RR, *et al.* Saúde no envelhecimento. *In: Schraiber LB, organizador. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 1996. p.109-32.
25. Zimerman GI. Grupos com idosos. *In: Zimerman DE, et al. Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p.23-31.
26. Motta DG. A educação participante no controle metabólico e qualidade de vida de mulheres com diabetes mellitus tipo 2 [tese] São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 1998. 243p.
27. Gonçalves LHT, *et al.* A percepção dos idosos quanto ao seu estado de saúde e apoio familiar. *Cogitare Enferm* 1996; 1(1):60-66.
28. BoffL. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. Rio de Janeiro: Vozes; 1999.
- Recebido para publicação em 10 de setembro de 2002 e aceito em 29 de janeiro de 2003.**

